

# UNIVERSITETET I OSLO

HELSEØKONOMISK  
FORSKNINGSPROGRAM

Utviklingen i  
fastlegenes listelengder,  
driftsinntekter  
og takstbruk

**Geir Godager,  
Tor Iversen og Hilde Lurås**  
*Institutt for helseledelse og  
helseøkonomi og HERO*

**Skriftserie 2005: 3**



# Utviklingen i fastlegenes listelengder, driftsinntekter og takstbruk<sup>I</sup>

av Geir Godager, Tor Iversen og Hilde Lurås

Januar 2005

**Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo  
HERO 2005**

<sup>I</sup> Denne rapporten er et resultat av "Den forskningsbaserte evalueringen av fastlegereformen" finansiert av Norges Forskningsråd. Data som er benyttet i denne publikasjonen er hentet fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenestes fastlegedatabase. NSD er ikke ansvarlig for analyse av dataene eller for de tolkninger som er gjort her.

Takk til Arvid Mikelsen, Den norske lægeförening, for konstruktive kommentarer til et tidligere utkast av rapporten.

# INNHold

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>3</b>
<b>1 INTRODUKSJON</b>	<b>4</b>
<b>2 UTVIKLING I FASTLEGENES LISTER</b>	<b>6</b>
<b>3 UTVIKLING I FASTLEGENES BRUTTO DRIFTSINNTEKTER</b>	<b>15</b>
<b>4 UTVIKLING I FASTLEGENES TAKSTBRUK</b>	<b>22</b>
4.1 Utvikling i bruk av takst 1ad (enkel pasientkontakt)	25
4.2 Utvikling i bruk av takst 1bd (telefontaksten)	26
4.3 Utvikling i bruk av takst 2ad (ordinære konsultasjoner)	27
4.4 Utvikling i bruk av takst 2cd (tidstaksten)	29
4.5 Utvikling i samlet bruk av laboratorietakster	31
<b>5 OPPSUMMERING</b>	<b>32</b>
<b>REFERANSER</b>	<b>36</b>
<b>VEDLEGG 1: Tabeller og figurer</b>	<b>38</b>
<b>VEDLEGG 2: Utviklingen i antallet legeårsverk i kommunehelsetjenesten i perioden 1994-2003</b>	<b>49</b>
<b>VEDLEGG 3: Beregning av driftstilskudd under systemet med driftsavtale</b>	<b>50</b>
<b>VEDLEGG 4: Utjamningstilskudd til fastleger i kommuner med færre enn 5000 innbyggere</b>	<b>52</b>
<b>VEDLEGG 5: Takstbruk per listeperson per år</b>	<b>53</b>

## **Sammendrag**

Fastlegene i de tidligere forsøkskommunene har i 2003 kortere lister enn de hadde da fastlegeforsøket ble igangsatt i 1993. Listene er imidlertid fremdeles lengre i disse kommunene enn i landet for øvrig. Samtidig ser vi at gjennomsnittslegen i forsøkskommunene har færre ledige plasser på sin liste enn fastlegene ellers i landet. Dette henger trolig sammen med at det i de tidligere forsøkskommunene fortsatt er en dårligere legedekning enn landsgjennomsnittet for norske kommuner.

I perioden etter reformen har gjennomsnittslegen i forsøkskommunene nedjustert sine listetak. På landsbasis har omtrent 21 % av fastlegene oppjustert sitt listetak fra 2001 til 2003, mens 22 % har nedjustert sine listetak. Siden den landsomfattende ordningen ble innført har utviklingen gradvis gått i retning av at færre fastleger opplever å ha kortere liste enn det oppgitte listetaket.

I perioden 1994 til 2003 har brutto driftsinntekter for fastlegene i de tidligere forsøkskommunene økt. Veksten i driftsinntekter per person har vært høyere enn veksten i total driftsinntekt. Før den landsomfattende reformen hadde legene i forsøkskommunene betydelig høyere driftsinntekter enn i landet for øvrig, noe som trolig kan forklares med den lave legedekningen i disse kommunene. Fastlegene i forsøkskommunene har fortsatt noe høyere driftsinntekter enn ellers i landet, men forskjellene har blitt mindre i perioden etter 2001.

Bruken av ordinær konsultasjonstakst, bruken av enkel pasientkontakt og samlet bruk av laboratorietakster per person på fastlegens liste har gått ned i perioden 2001-2003. Bruken av tidstaksten er imidlertid på et litt høyere nivå i 2003 enn i 2001. Det kan altså tyde på at befolkningen får noen færre konsultasjoner, men at konsultasjonene i gjennomsnitt har blitt lengre. Resultatene tyder også på at spesialister i allmenntidmedisin har en noe annen takstbruk enn ikke-spesialister, samt at leger med kortere listelengde enn oppgitt listetak, yter flere og lengre konsultasjoner per pasient på lista enn de øvrige fastlegene.

## 1. Introduksjon

Innføringen av fastlegeordning (FLO) innebar to endringer i den kommunale legetjenesten:

1. En ny organisasjonsmodell – befolkningen registrerer seg på liste hos en fast allmennlege og legene får ansvar for en bestemt listepopulasjon
2. En ny avlønningsordning for allmennlegene – det kommunale driftstilskuddet erstattes av et per capita tilskudd som utbetales per person på legens liste

Før FLO ble innført på landsbasis, gjennomførte Sosial- og helsedepartementet et forsøk med fastlegeordning. Fastlegeforsøket pågikk i perioden 1993 til 1996 og kommunene som deltok var Lillehammer, Åsnes, Trondheim og Tromsø<sup>1</sup>. Etter at forsøket ble avsluttet, valgte disse kommunene å fortsette med ordningen fram til den landsomfattende FLO trådte i kraft 1. juni 2001. Vi har dermed et utvalg kommuner som har mer enn ti års erfaring med fastlegeorganisering av allmennlegetjenesten. I disse forsøkskommunene var det bare legenes avlønningsordning som ble endret i forbindelse med reformen i 2001. Det var dessuten bare en liten justering av gjeldende avlønningsordning som fant sted ved at per capita komponenten ble redusert fra 50 til 30 % av gjennomsnittslegens inntekt, mens stykkpriskomponenten økte tilsvarende.

Hensikten med denne rapporten er først og fremst å se nærmere på hva som har skjedd i de tidligere forsøkskommunene i perioden fra 1993 og frem til i dag. I avsnitt 2 beskriver vi utviklingen i legenes lister, mens vi i avsnitt 3 beskriver utviklingen i deres brutto driftsinntekter. Etter reformen blir utviklingen i forsøkskommunene sammenlignet med utviklingen på landsbasis. I avsnitt 4 beskriver vi utviklingen i takstbruk for et utvalg av alle norske fastleger fra 2000 og frem til 2003, mens funnene oppsummeres i avsnitt 5.

Datamaterialene som benyttes i rapporten beskrives i tabell 1. Alle datasettene er tilrettelagt av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) med utgangspunkt i data levert av Rikstrygdeverket (RTV). For legene i de tidligere forsøkskommunene beskrives utviklingen i listelengder og inntekter i 10 års perioden fra 1993 til 2003 med

---

<sup>1</sup> Evalueringen av fastlegeforsøket er dokumentert i Iversen og Lurås (1996) og Heen m.fl. (1996).

utgangspunkt i utvalg 1, mens utviklingen i listelengder og inntekter for alle norske fastleger beskrives med utgangspunkt i utvalg 2. Utvalg 3 som bygger på trygdeetatens årlige takstbruksundersøkelse, benyttes for å beskrive utviklingen i takstbruk for et utvalg norske fastleger. Takstbruksundersøkelsen gjennomføres i november hvert år. Omtrent 10 % av fastlegene mottar fast lønn. Det er trolig kommunale variasjoner i hvordan disse fastlønnsavtalene er utformet. Ved beregning av driftsinntekter og takstbruk, har vi derfor valgt å ta disse fastlegene ut av materialet. Leger som ikke praktiserte i de ulike kommunene ved innføringen av landsomfattende FLO i 2001, og leger som har fastlegeavtale med to kommuner er utelatt fra materialet.

**Tabell 1:** Beskrivelse av data

Utvalg	Beskrivelse av utvalg	Periode	Variable
Utvalg 1	<p><b>Fastleger fra de tidligere forsøkskommunene</b></p> <p><u>1A Balansert panel:</u> Leger vi har data for hvert år i perioden 1993–2003 (n = 99).</p> <p><u>1B Ubalansert panel:</u> Alle leger som praktiserer eller har praktisert i forsøkskommunene i perioden 1993 – 2003 (utgjør mellom 109 og 183 leger avhengig av år)</p>	1993-2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Listetak<sup>2</sup></li> <li>- Faktisk listelengde</li> <li>- Alders sammensetning på listene</li> <li>- Kjønnssammensetning på listene</li> <li>- Samlede takstrefusjoner</li> <li>- Refunderte egenandeler</li> <li>- Egenandeler<sup>3</sup></li> </ul> <p><b>Data fra RTVs registre</b></p>
Utvalg 2	<p><b>Alle norske fastleger</b></p> <p><u>2A Balansert panel:</u> Leger vi har data for hvert år i perioden 1998–2003 (n = 1914).</p> <p><u>2B Ubalansert panel:</u> Alle leger som praktiserer eller har praktisert i en norsk kommune i perioden 2000 – 2003 (utgjør mellom 3296 og 3575 leger avhengig av år)</p>	1998-2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samlede takstrefusjoner</li> <li>- Refunderte egenandeler</li> </ul> <p><b>Data fra RTVs registre</b></p>
		2001-2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Listetak</li> <li>- Faktisk listelengde</li> <li>- Alders sammensetning på listene</li> <li>- Kjønnssammensetning på listene</li> </ul> <p><b>Data fra RTVs registre</b></p>
Utvalg 3	<p><b>Et utvalg norske fastleger</b></p> <p>Ubalansert panel: Fastleger i hele landet (utgjør mellom 304 og 863 leger avhengig av år)</p>	2000-2003	<p>Hvor mange ganger den enkelte lege har utløst en bestemt takst i løpet av november måned i hvert av årene</p> <p><b>Data fra RTVs takstbruksundersøkelse</b></p>

<sup>2</sup> Listetak er den maksimale listelengden den enkelte fastlege ønsker å ha. Listetaket registreres av trygdeetaten og ligger blant annet til grunn for beregning av ledige plasser på den enkelte leges liste. I 1993 er listetak kun tilgjengelig for 109 leger som praktiserte i forsøkskommunene da fastlegeforsøket ble igangsatt.

<sup>3</sup> Opplysninger om egenandeler er ufullstendige. Enkelte analyser inkluderer derfor ikke egenandeler.

## 2. Utvikling i fastlegenes lister

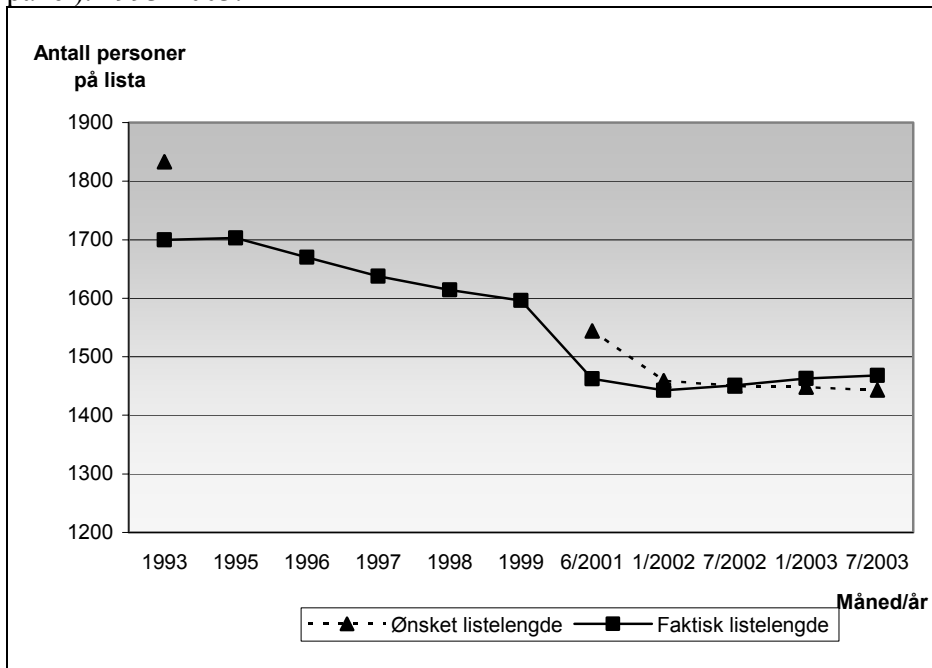
Figur 1 beskriver utviklingen i gjennomsnittlig listelengde i de tidligere forsøkskommunene (utvalg 1). Gjennomsnittslegens liste ble redusert med 232 personer eller nær 14 % i perioden fra 1993 til 2003. Det er spesielt interessant å merke seg den endringen som fant sted i forbindelse med reformen. I følge våre data var listereduksjonene fra 1999 til juni 2001 på gjennomsnittlig 134 personer per lege. Fra offisiell statistikk vet vi ikke eksakt hvor mange flere fastleger som startet ny praksis i disse kommunene i denne perioden, men veksten i antallet legeårsverk på landsbasis var på nærmere 8 % i perioden fra 2000 til 2001 (vedlegg 2, tabell V2.1). Leger som startet ny praksis i kommunen i forbindelse med reformen har trolig kortere lister enn gjennomsnittet og bidrar dermed til å trekke gjennomsnittslisten ned. I figur 2 ser vi bare på de legene vi har årlige data for i hele perioden etter at fastlegeforsøket ble igangsatt (balansert panel). Vi ser at også for disse legene har listelengden blitt betydelig redusert i perioden (198 personer eller 11 %), men reduksjonen er mindre enn når vi inkluderer alle fastlegene i analysen (ubalansert panel).

Før fastlegeforsøket ble igangsatt i 1993, ble legene i forsøkskommunene bedt om å oppgi hvor mange personer de ønsket å ha på sine lister hvis dette kunne velges fritt. For et utvalg på 109 leger har vi derfor informasjon om den enkeltes ønskede listelengde<sup>4</sup> i 1993. Fordi legene manglet erfaring med listepasientorganisering på det tidspunktet, kan det ha vært vanskelig å anslå hva den ideelle listelengden burde være, og dette kan være noe av årsaken til at mange leger hadde svært høye anslag på hvor lang liste de ønsket seg før fastlegeforsøket startet opp. I forkant av den landsomfattende fastlegereformen ble legene igjen bedt om å oppgi et tall over maksimal listelengde. Mer erfaring med listepasientorganisering bidrar trolig til at den maksimale listelengden eller listetaket er en mer pålitelig variabel etter innføringen av landsdekkende FLO. Fordi fastlegene løpende kan justere sin maksimale listelengde, har vi etter reformen halvårlige oppdateringer av den enkelte leges listetak. Trygdeetaten tar for øvrig utgangspunkt i dette tallet når de beregner hvor mange ledige plasser den enkelte lege har på sin liste (se [www.trygdeetaten.no](http://www.trygdeetaten.no)).

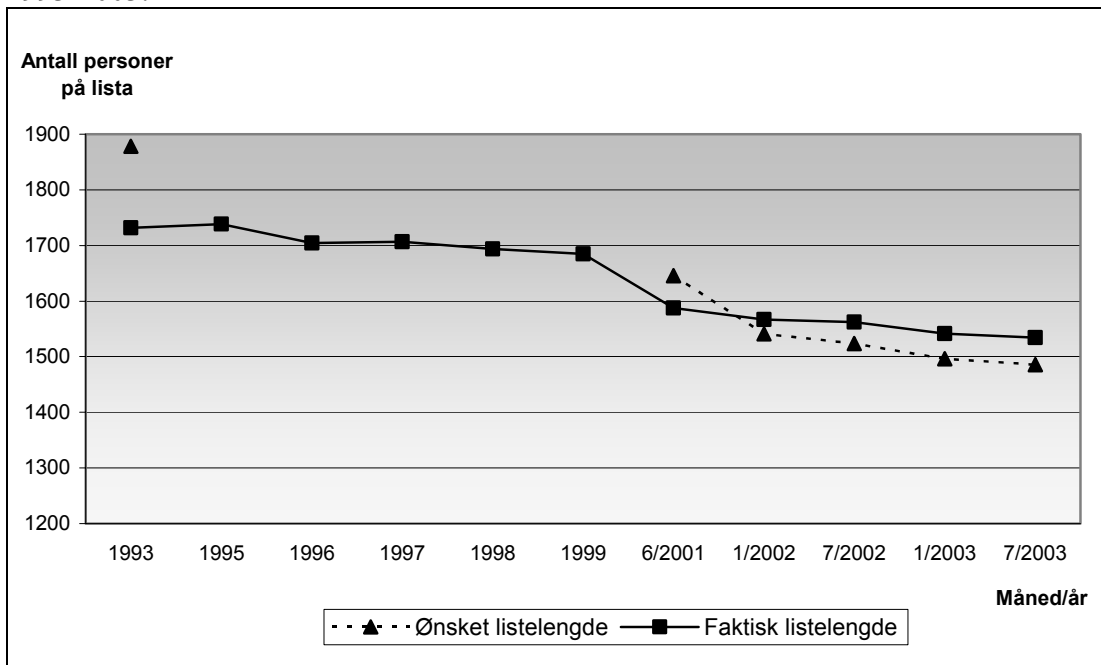
---

<sup>4</sup> I rapporten brukes listetak, maksimal listelengde og ønsket listelengde synonymt.

**Figur 1:**Utvikling i listetak og faktisk listelengde. Forsøkskommunene (ubalansert panel). 1993-2003.<sup>5</sup>



**Figur 2:** Utvikling i listetak og faktisk listelengde. Forsøkskommunene (balansert panel). 1993-2003.<sup>6</sup>



<sup>5</sup> Utviklingen som beskrives i denne figuren, er også gjengitt i tabell V1.1, vedlegg 1.

<sup>6</sup> Utviklingen som beskrives i denne figuren, er også gjengitt i tabell V1.2, vedlegg 1.



Fra figur 1 ser vi at gjennomsnittslegen ønsket seg 289 personer eller 16 % færre på lista i 2001 enn i 1993. Etter januar 2002 har legenes listetak holdt seg relativt stabile.<sup>7</sup> Nedjusteringen av maksimal listelengde fra 1993 og frem mot reformen skyldes trolig flere forhold. For det første fikk legene mer informasjon om arbeidsbyrde per listeperson i løpet av fastlegeforsøket. For det andre har legedekningen i de fire kommunene økt, noe som innebærer at det ikke er behov for at den enkelte lege tar ansvar for så mange personer. En tredje årsak er knyttet til endring av avlønningssystemet. Når per capita satsene reduseres, blir det mindre lønnsomt enn før å ta ansvar for en lang liste, noe som bidrar til å redusere legenes listeønsker. Det er forøvrig interessant å merke seg at legene som har praktisert i kommunen i hele perioden fra 1993 til 2003, etter reformen i gjennomsnitt har flere personer på lista enn de ønsker seg (fig 2). Disse legene vil altså måtte avvise potensielle pasienter for å oppnå sin maksimalt ønskede listelengde. Vi ser at i perioden fra 2001 til 2003 har disse legene nedjustert sine listetak mer enn den faktiske lista har blitt nedjustert<sup>8</sup>: Ved innføringen av landsomfattende FLO hadde gjennomsnittslegen i denne gruppen kortere liste enn listetak, men dette har gradvis endret seg til en situasjon hvor faktisk liste er lengre enn listetak.

Blant de fastlegene vi på landsbasis har observasjoner for både i juni 2001 og i juli 2003<sup>9</sup>, er det omlag 21 % som har oppjustert sitt listetak i perioden fra 2001 til 2003, mens 22 % har nedjustert sine listetak. Legene som har oppjustert listetaket ønsker seg i gjennomsnitt 191 flere listepersoner i 2003 enn i 2001. Tilsvarende har legene som har nedjustert sine listetak i gjennomsnitt redusert listetaket med 258 listepersoner fra 2001 til 2003. Nær 58 % av legene har derimot ikke justert sine listetak i perioden. Hva som kjennetegner de ulike gruppene av leger er det foreløpig for tidlig å si noe om. Men det er nærliggende å tenke seg at både kommunens organisering av legetjenesten (blant annet legedekningen), kjennetegn ved legens liste (blant annet listetyngde), kjennetegn ved legen (blant annet alder og kjønn) og avviket mellom listetak og faktisk liste har betydning for hvorvidt legen har oppjustert eller nedjustert sin liste, samt hvorvidt legen overhode har hatt

---

<sup>7</sup> Vi velger ikke å kommentere reduksjonen i legenes listetak det første halve året av landsomfattende FLO. Vi antar at mye av dette kan forklares av oppstartstilpasninger, både på kommunenivå og på legenenivå.

<sup>8</sup> Listetaket er nedjustert med nær 10 %, mens faktisk liste er nedjustert med nær 4 % i perioden.

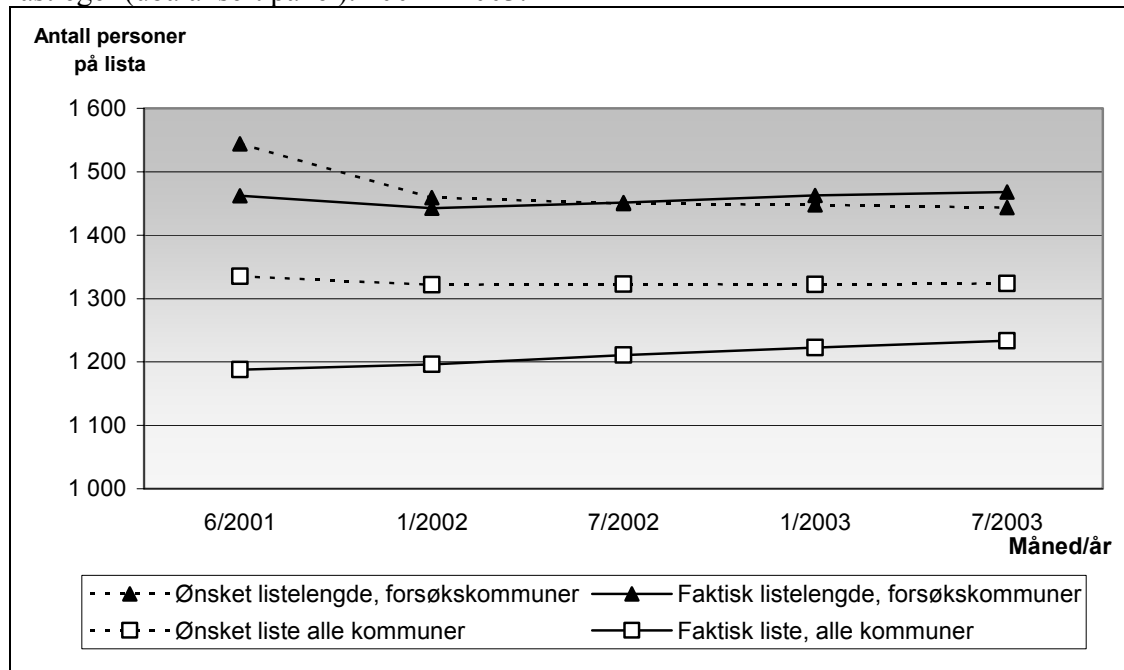
<sup>9</sup> Dette utgjør 3122 leger.

incentiver til å endre listetaket de oppga til trygdeetaten før innføringen av FLO. Ved sammenligning av maksimal og faktisk listelengde er det viktig å huske på at Legeforeningen og Helse- og omsorgsdepartementet nå oppfordrer legene til å oppgi et ”høyt listetak”. Dette begrunnes med at befolkningen skal ha en reell mulighet til å bytte lege. Fordi fastlegene risikerer å få en listelengde som tilsvarer det oppgitte listetaket, er det lite trolig at legene oppgir et tall som avviker svært mye fra det de faktisk kunne tenke seg. Dette skyldes at maksimal listelengde vil måtte reflektere den enkelte leges arbeidstid og praksisprofil. Hvis listetaket settes for høyt, vil legens ønsker om arbeidstid kunne komme i konflikt med legens ønskede tjenesteomfang eller den behandlingen han eller hun mener er medisinsk forsvarlig. Dersom legen får for mange personer på lista, stilles han eller hun overfor valget mellom å yte færre tjenester enn vedkommende mener er ”riktig”, eller å påta seg en lengre arbeidstid enn han eller hun egentlig ønsker seg. Det er forøvrig viktig å presisere at det å mangle pasienter ikke betyr at legen har for lite å gjøre. Igjen må vi huske at listeønskene reflekterer en individuell praksisprofil. Har legen en kortere liste enn vedkommende kunne tenke seg, vil han eller hun kunne tilpasse seg ved å tilby personene som allerede er på lista flere tjenester. Dette vil trolig listepopulasjonen være fornøyd med. Men igjen må vi huske at hvis legen hadde fått den listelengden vedkommende ønsket seg og som samsvarer med vedkommendes ønskede eller foretrukne praksisprofil, ville antallet tjenester per person på lista vært lavere<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Dette utdypes i Iversen og Lurås (2000a, 2000b, 2002a, 2002b), Iversen (2004), Lurås (2004a). samt i Lurås (2004b).

**Figur 3:** Utvikling i listetak og faktisk listelengde etter innføringen av FLO. Alle norske fastleger (ubalansert panel). 2001 – 2003.<sup>11</sup>



I figur 3 og tabell 2 sammenligner vi faktisk listelengde og listetak for legene i forsøkskommunene med utviklingen på landsbasis. Vi ser at:

1. I gjennomsnitt har fastlegene i de fire forsøkskommunene lengre lister enn i landet som helhet. Forskjellen var på 274 personer i juni 2001. Utviklingen på landsbasis har gått i retning av noe lengre lister, mens listene i de tidligere forsøkskommunene har vært relativt stabile etter reformen. Men fortsatt har legene i de tidligere forsøkskommunene lengre lister enn i resten av landet. Forskjellen var på 235 personer eller 19 % i juli 2003. Av variasjonskoeffisienten ser vi også at fra 2001 til 2003 har variasjonen i faktisk liste mellom legene blitt redusert i forsøkskommunene, mens den har vært tilnærmet stabil i landet som helhet.
2. Etter januar 2002<sup>12</sup> har legenes listetak vært relativt stabile både i forsøkskommunene og i landet som helhet. Som vi ser er det liten ledig

<sup>11</sup> Utviklingen som beskrives i denne figuren, er også gjengitt i tabell V1.3, vedlegg 1.

listekapasitet i forsøkskommunene, mens gjennomsnittsløpen i landet som helhet har mange ledige plasser på lista. Dette reflekter trolig at det fortsatt er dårligere legedekning i de tidligere forsøkskommunene enn i landet for øvrig. Både i forsøkskommunene og i landet som helhet har variasjonen i maksimal listelengde blant legene blitt redusert i perioden etter innføringen av landsomfattende FLO.

**Tabell 2:** Variasjon i faktisk listelengde og listetak blant legene i forsøkskommunene og i resten av landet. 2001-2003.

Spredningsmål	Juni 2001		Juli 2002		Juli 2003	
	Forsøk	Alle	Forsøk	Alle	Forsøk	Alle
<b>Listetak (maksimal listelengde)</b>						
Std. Avvik	428,145	470,219	355,126	426,194	341,824	418,857
Minimum	270	150	300	135	300	135
Maksimum	2 867	5 000	2 421	2 621	2 500	2 700
Variasjonskoef.	28 %	35 %	24 %	32 %	24 %	32 %
<b>Faktisk listelengde</b>						
Std. Avvik	419,471	392,147	381,015	405,460	358,961	400,637
Minimum	67	67	288	21	289	6
Maksimum	2 461	2 982	2 582	2 798	2 485	2 689
Variasjonskoef.	29 %	33 %	26 %	33 %	24 %	32 %

Deler vi legene i de tidligere forsøkskommunene inn i to grupper avhengig av om den faktiske listelengden er kortere eller lengre enn det legene selv oppgir at de ønsker seg, finner vi at andelen leger som hadde for mange personer på lista reduseres i løpet av forsøksperioden. Ved innføringen av landsomfattende FLO opplevde de aller fleste legene at de ikke fikk fylt opp lista si, men utviklingen har gradvis gått i retning av at færre leger opplever et negativt avvik mellom listetak og faktisk liste (knapphet på pasienter). Fra figur 4 ser vi at avviket mellom listetak og faktisk listelengde for de to gruppene av leger er redusert i perioden etter innføringen av landsomfattende FLO<sup>13</sup>:

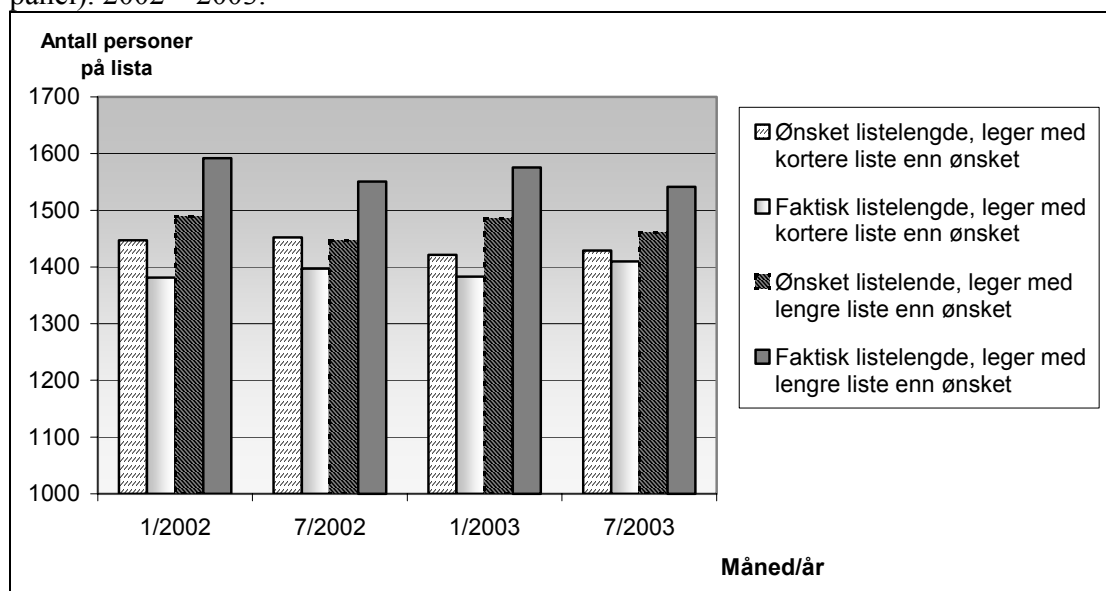
- Leger med lengre liste enn ønsket: Disse legene ønsker seg færre personer på lista i juli 2003 enn i januar 2002, og de har færre personer på sine lister i juli 2003 enn

<sup>12</sup> Tallene for juni 2001 baserer seg på det tallet legene oppga til myndighetene før reformen. Mye tyder på at mange leger for å sikre seg nok pasienter, den gang oppga et for høyt tall. Vi velger derfor å ikke kommentere forskjellene dette året.

<sup>13</sup> Vi ser i analysen bort fra tallene for juni 2001.

- i januar 2002. Avviket mellom listetak og faktisk liste for denne gruppen var nær 7 % i 2002 og 5 % i 2003 og forskjellen er dermed redusert i perioden.
- Leger med kortere liste enn ønsket: Disse legene ønsker seg færre personer på lista i juli 2003 enn i januar 2002, samtidig som denne gruppen har fått lengre lister i løpet av perioden. Avviket mellom listetak og faktisk listelengde var nær 5 % i 2002 og 1 % i 2003. Forskjellen er med andre ord også for denne gruppen redusert i perioden.

**Figur 4:** Utvikling i listetak og faktisk listelengde. Forsøkskommunene (ubalansert panel). 2002 – 2003.<sup>14</sup>



Inndeling av legene i to grupper avhengig av om de har oppnådd sin maksimale listelengde eller ikke, kan synes svært forenklet. Trolig vil legene oppleve ulike grader av pasientmangel, dels avhengig av hvor lang liste de faktisk har og dels avhengig av det faktiske antall personer de mangler for at listetaket skal bli innfridd. Vi har derfor delt legene inn i tre kategorier. Leger som mangler mer enn 5 % for å nå sitt listetak kalles ”leger som har kortere liste enn listetak” eller ”rasjonerte leger”, leger som har fått mer enn 5 % flere på lista enn de ønsker seg kalles ”leger som har lengre liste enn listetak”, mens leger med listelengder som avviker mindre enn 5 % fra ønsket liste kalles ”leger

<sup>14</sup> Utviklingen som beskrives i denne figuren, er også gjengitt i tabell V1.4, vedlegg 1.

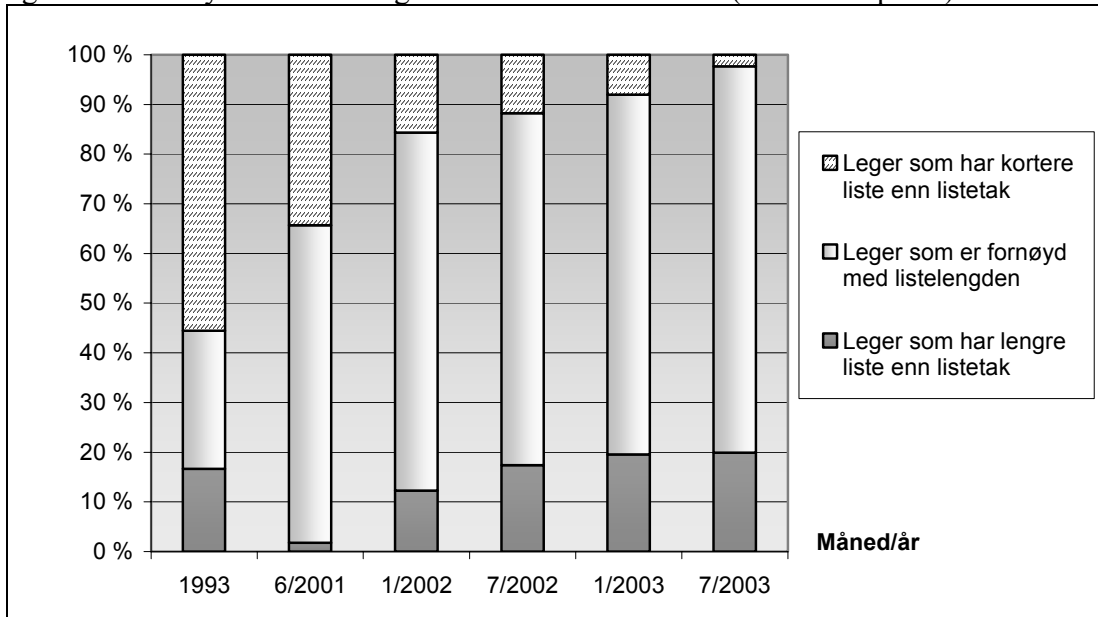
som er fornøyd med listelengden”. Beregnet på denne måten finner vi at andelen leger i forsøkskommunene som er fornøyd med listelengden øker i perioden fra 1993 til 2003 (figur 5). Endringen skyldes trolig en kombinasjon av at personer har byttet fra leger som hadde for mange personer på lista til leger som hadde for få, samt at legene har justert sine listetak.

Etter 2001 gjør den tilsvarende utviklingen seg gjeldende på landsbasis (figur 6). Men som vi ser ønsker fortsatt 30 % av alle norske fastleger flere personer på lista i juli 2003. På landsbasis er det med andre ord mange ledige listeplasser. Det er imidlertid viktig å være klar over at dette ikke er tilfelle i alle norske kommuner (for en detaljert oversikt over antallet ledige listeplasser i norske kommuner, se [www.trygdeetaten.no](http://www.trygdeetaten.no)). Ledig listekapasitet henger sannsynligvis nært sammen med kommunens legedekning. I kommuner med dårlig legedekning (få leger relativt til befolkningens størrelse) er trolig antallet ledige plasser lite, mens det i kommuner med god legedekning er mange ledige plasser – og dermed gode muligheter for befolkningen til å bytte lege. Slik FLO finansieres, er kommunenes utgifter til allmennlegetjenesten bestemt av befolkningsstørrelse alene<sup>15</sup>. Før reformen i 2001 var kostnadene avhengig av antallet allmennleger som kommunen hadde avtale med. Med den ordningen hadde kommunen økonomiske incentiver til å holde en lav legedekning. Sammenhengen mellom legedekning og ledig listekapasitet bør belyses grundigere fremover. Spesielt vil det være viktig å få kunnskap om årsakene til at ikke alle norske kommuner har valgt å øke legedekningen etter innføringen av FLO.

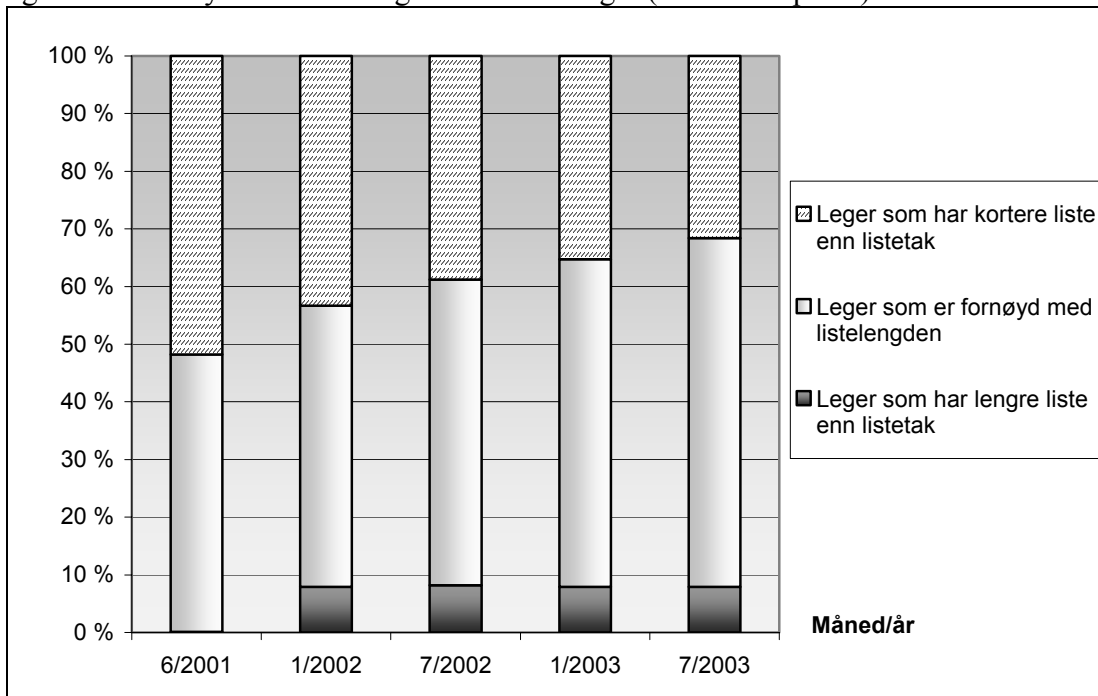
---

<sup>15</sup> Unntaket fra dette er enkelte små kommuner hvor legene har inngått særordninger, for eksempel at kommunen er ansvarlig for lokaler og lønn til hjelpepersonell (se også vedlegg 4).

**Figur 5:** Andelen leger som har kortere liste enn listetak, som har lengre liste enn listetak og som er fornøyd med listelengden. Forsøkskommunene (ubalansert panel). 1993-2003.<sup>16</sup>



**Figur 6:** Andelen leger som har kortere liste enn listetak, som har lengre liste enn listetak og som er fornøyd med listelengden. Alle fastleger (ubalansert panel). 2001-2003.<sup>17</sup>



<sup>16</sup> Utviklingen som beskrives i denne figuren, er gjengitt i tabell V1.5 i vedlegg 1.

<sup>17</sup> Utviklingen som beskrives i denne figuren, er også gjengitt i tabell V1.6, vedlegg 1.

### 3. Utvikling i fastlegenes brutto driftsinntekter

Legenes brutto driftsinntekt består av inntekter fra per capita komponenten, inntekter fra trygderefusjoner og inntekter fra pasientenes egenbetalinger<sup>18</sup>. Vi beskriver utviklingen i driftsinntekter fra fastlegepraksis for legene i forsøkskommunene i perioden fra 1994 til 2003 med utgangspunkt i utvalg 1. Det er viktig å presisere at dette ikke er legenes nettoinntekt. Ideelt sett er vi interessert i å se på utviklingen i legenes nettoinntekt fra fastlegepraksis, det vil si driftsinntekten minus praksisutgifter. Med praksisutgifter menes utgifter til hjelpepersonell, husleie, telefon, medisinsk utstyr o.s.v. Opplysninger om legenes praksisutgifter er ikke tilgjengelig via registerdata i Rikstrygdeverket. Informasjon om dette forutsetter tilgang til legenes regnskapsskjemaer, noe vi ikke har hatt<sup>19</sup>. Opplysninger om prosentvis vekst i driftsinntektene vil være en indikator for veksten i nettoinntekt dersom driftsutgiftene ikke har utviklet seg vesentlig forskjellig fra driftsinntektene. For enkelte av legene i forsøkskommunene har vi ikke hvert år gode nok opplysninger om refunderte egenandeler, takstrefusjoner og pasientenes egenbetaling. Avhengig av hvilket år vi ser på, varierer derfor utvalgets størrelse mellom 97 og 142 leger. Med utgangspunkt i utvalg 2 beskriver vi utviklingen i driftsinntekt for fastlegene i landet forøvrig. Fordi fastlegene ikke er pliktig til å registrere inntekter fra egenandeler ser vi da bare på brutto driftsinntekter unntatt egenandeler.

Under fastlegeforsøket var per capita satsene gradert. Det ble utbetalt et tillegg for personer over 75 år, og tilskuddet for studenter ble satt til 10/12 av ordinært tilskudd. Det ble dessuten utbetalt en høyere per capita sats for de første 500 personene på fastlegens liste. I tillegg fikk leger som var spesialister i allmennmedisin en ekstra utbetaling per person. Da FLO ble innført på landsbasis, ble per capita satsene betydelig forenklet og utgjør nå kun et fast beløp per person på lista<sup>20</sup>. Etter 2001 er dermed legenes per capita inntekt bestemt av listelengde alene (se tabell 3).

---

<sup>18</sup> Mange pasienter har frikort. Barn under 7 år og gravide får i tillegg dekket sin egenandel uten frikort. Deler av egenbetalingen registreres derfor som refunderte egenandeler.

<sup>19</sup> Ifølge SSBs inntekts- og kostnadsundersøkelse for allmennleger utgjør praksisutgiftene 45 % av driftsinntektene (SSB 1998). Ifølge Legeforeningen utgjør personalkostnader ca. 40 % av praksisutgiftene.

<sup>20</sup> Et unntak for dette er kommuner med færre enn 5000 innbyggere. I disse kommunene gjelder egne regler for utbetaling av utjamningstilskudd (se vedlegg 4). Ved beregning av fastlegenes driftsinntekter har vi for enkelthets skyld, sett bort fra utjamningstilskuddet.



Vi vet ikke hvor mye den enkelte fastlege har fått utbetalt i inntekter fra per capita komponenten før 2001. Imidlertid kjenner vi listelengde og alderssammensetningen på den enkelte leges liste, og vi har informasjon om hvorvidt fastlegen var spesialist i allmennmedisin. Men vårt materiale inneholder ikke opplysninger om hvor mange studenter den enkelte lege hadde på sin liste eller om legen hadde utekontor<sup>21</sup>. Med de begrensinger vi står overfor, forsøker vi allikevel å beskrive utviklingen for de ulike komponentene i fastlegenes brutto driftsinntekter i perioden fra 1994 til 2000<sup>22</sup>.

**Tabell 3:** Per capita satser. 1993-2003. Løpende priser. Kroner.

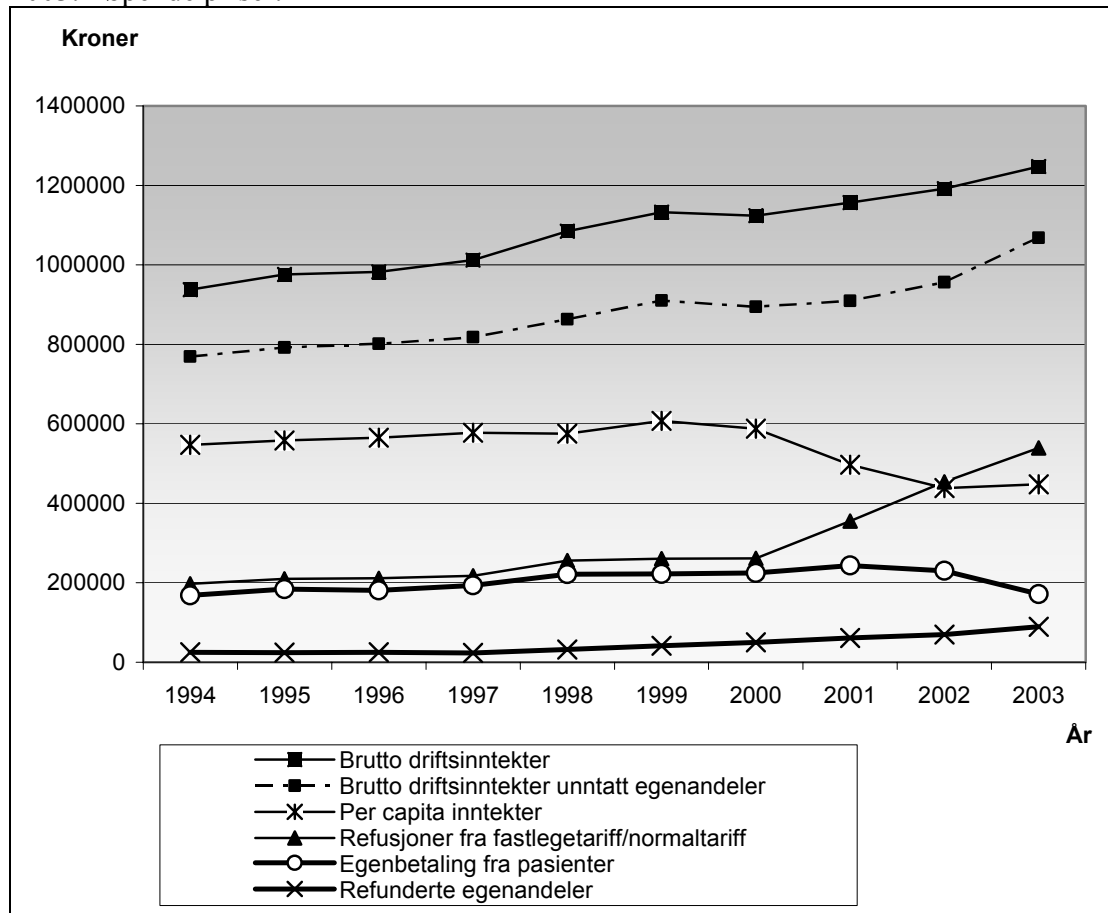
Basisgodtgjørelse	År										
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
De første 500 på lista	283	302	318	318	330	330	348	363			
Overskytende	236	228	228	228	234	234	249	261			
Studenter	197	190	190	190	195	195	204	217			
Tillegg over 75 år	47	47	47	47	50	54	60	60			
Tillegg spes. allm.med.	75	75	80	86	92	96	102	114			
Tillegg for utekontor	50	50	50	50	50	54	60	60			
Per person på lista									278	296	299

Fra figur 7 ser vi at legenes brutto driftsinntekter økte fra 937.235 kroner i 1994 til 1.123.500 kroner i 2000 (løpende priser). Dette tilsvarer en økning på nesten 20 %. Vi ser at veksten i brutto driftsinntekter i perioden før FLO ble innført på landsbasis skyldes en vekst i alle de underliggende inntektskomponentene. I de tidligere forsøkskommunene har fastlegenes driftsinntekter økt jevnt også i perioden fra 2000 og frem til og med 2003. Veksten er i gjennomsnitt på omtrent 11 %. Vi ser at dette først og fremst skyldes at veksten i inntekten fra trygderefusjoner er høyere enn reduksjonen i den utbetalte per capita komponenten. Veksten i de utbetalte trygderefusjonene skyldes trolig i hovedsak høyere refusjon per utløst takst, som følge av at avlønningsordningen ble endret i 2001. Av figur 7 og figur 8 kan det synes som om pasientenes egenbetalinger er redusert betydelig fra 2002 til 2003. Dette kan skyldes ufullstendig registrering. Enten har fastlegene i 2003 i mindre grad enn tidligere, rapportert inn pasientenes egenbetaling, eller trygdeetaten har i mindre grad registrert alle egenbetalinger dette året. Vi velger derfor å ikke kommentere dette ytterligere.

<sup>21</sup> Gjelder Tromsø.

<sup>22</sup> Vårt materiale inneholder ikke opplysninger om den enkelte leges liste i 2000. Vi har derfor benyttet listekarakteristika for juni 2001 når vi har beregnet per capita inntektene for år 2000.

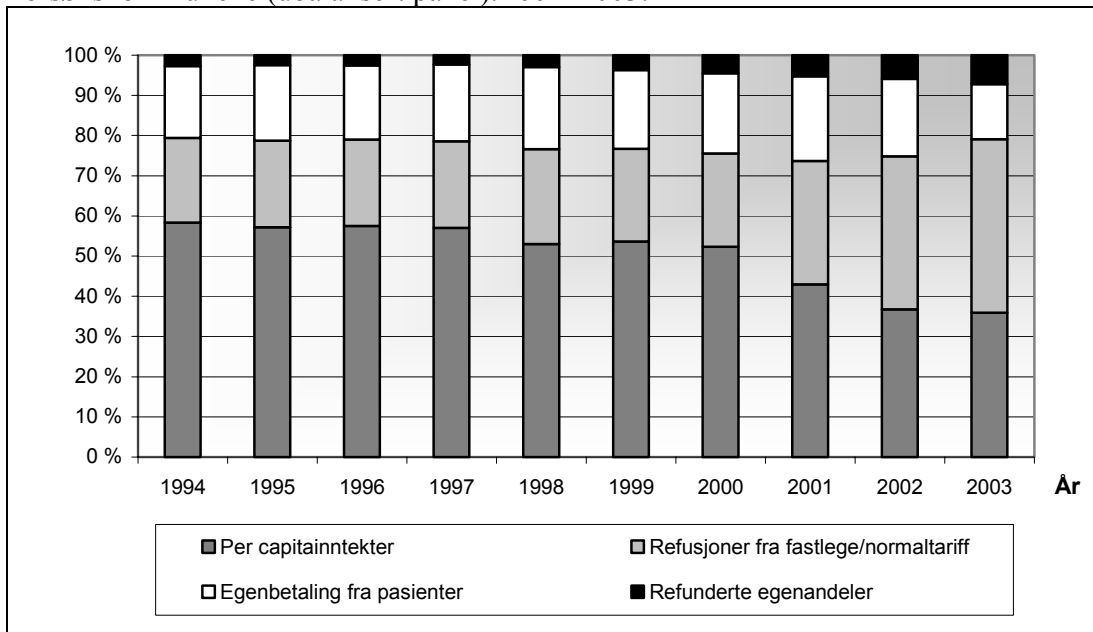
**Figur 7:** Fastlegenes brutto driftsinntekter. Forsøkskommunene (ubalansert panel). 1994-2003. Løpende priser.<sup>23</sup>



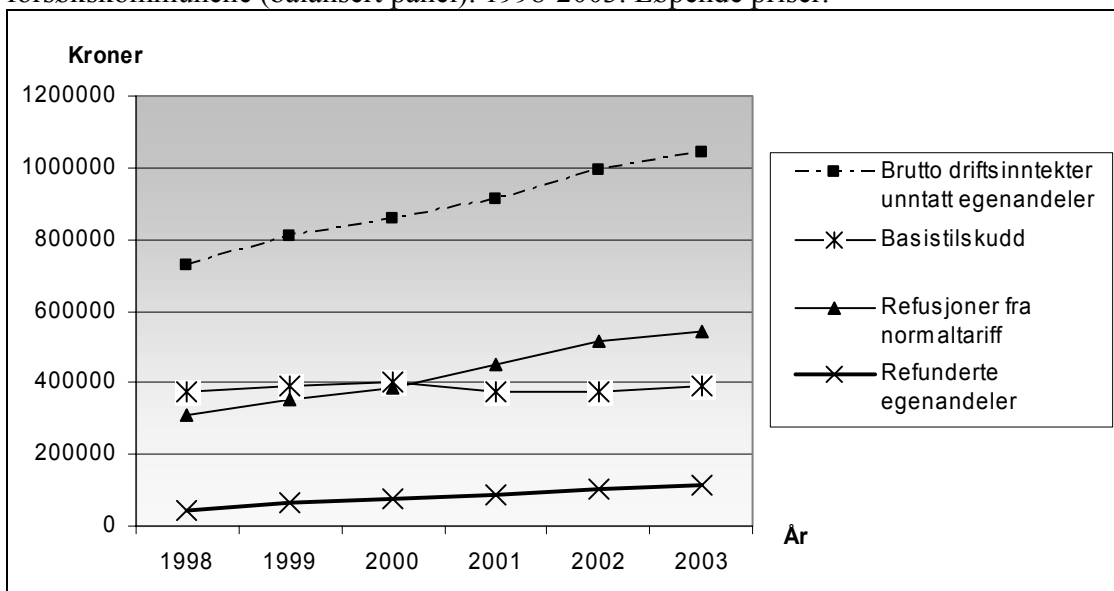
Figur 8 beskriver hvor stor andel av fastlegens driftsinntekt de forskjellige inntektskomponentene utgjør. Vi ser at per capita inntekten utgjorde knappe 60 % i 1994. Dette er noe høyere enn de 50 % som var målsetningen i fastlegeforsøket. Men som vi ser, reduseres per capita komponentens betydning gradvis i perioden frem mot innføringen av landsomfattende FLO. I forbindelse med reformen i 2001 var intensjonen at per capita komponenten skulle reduseres til å utgjøre 30 % av legenes inntekt. I følge våre analyser kan det se ut til at inntekten fra per capita komponenten i 2003 utgjorde omtrent 35 % av den samlede inntekten til legene i de tidligere forsøkskommunene. Dette avspeiler at legedekningen i disse kommunene er lavere enn landsgjennomsnittet, og at legene derfor må ta ansvar for flere personer enn en gjennomsnittlig norsk fastlege.

<sup>23</sup> Utviklingen som beskrives i denne figuren, er også gjengitt i tabell V1.7, vedlegg 1.

**Figur 8:** De ulike inntektskomponentene som andel av samlet inntekt. Forsøkskommunene (ubalansert panel). 1994-2003.



**Figur 9:** Legenes brutto driftsinntekter unntatt egenandeler. Alle kommuner unntatt forsøkskommunene (balansert panel). 1998-2003. Løpende priser.<sup>24</sup>



<sup>24</sup> Utviklingen som beskrives i denne figuren, er også gjengitt i tabell V1.8, vedlegg 1.

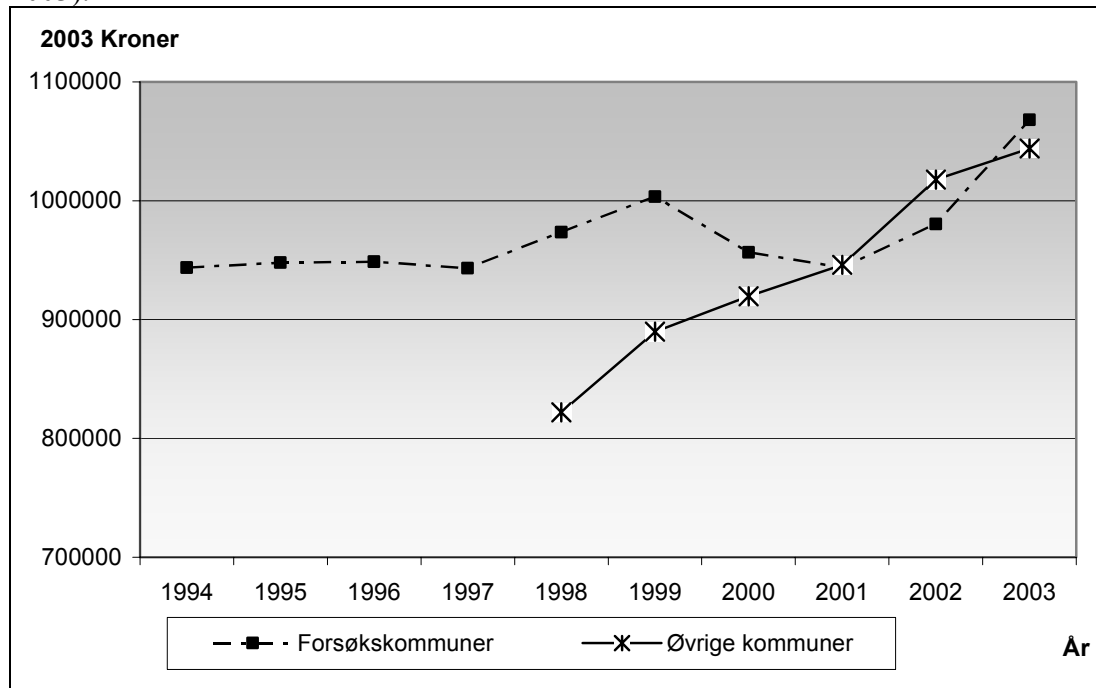
I figur 9 ser vi på utviklingen i brutto driftsinntekter for legene i resten av landet<sup>25</sup>. Vi ser at legene har hatt en vekst i driftsinntektene fra 1998 og frem mot reformen. Veksten fortsetter også etter 2001. I perioden fra 2001 til 2003 var veksten på nær 15 % (løpende priser). Vi ser at inntektsøkningen først og fremst skyldes veksten i inntekter fra trygderefusjoner. Det ser altså ut til at innføringen av landsomfattende FLO har medført en større grad av stykkprisfinansiering også for allmennleger som ikke deltok i fastlegeforsøket. Inntektsvekst i løpende (nominelle) kroner er ikke nødvendigvis ensbetydende med en realinntektsvekst. For å eliminere en prisstigning eller et prisfall i en bestemt periode må en beregne tallserier med fast pengeverdi, eller faste priser. I praksis betyr det at en beregner verdien av inntekten i hvert beregningsår etter de priser som gjaldt i et bestemt basisår.

I figur 10 har vi justert legenes brutto driftsinntekter med utgangspunkt i konsumprisindeksen som gjaldt i basisåret 2003. Når vi korrigerer for prisstigning, ser vi at legene i forsøkskommunene i perioden fra 1994 til 2003 har hatt en gjennomsnittlig vekst i driftsinntekten på 13 % (mot 33 % i løpende priser, se figur 7). Vi ser også at gjennomsnittlig driftsinntekt økte jevnt fra 1994 fram til 1999, for deretter å ligge på 1994 nivå i året før reformen. I årene etter reformen i 2001 har driftsinntekten i disse kommunene igjen økt med omtrent 13 %. Sammenligner vi utviklingen i forsøkskommunene med utviklingen på landsbasis ser vi at legene i forsøkskommunene i 1998 hadde en betydelig høyere driftsinntekt enn i resten av landet, men at denne forskjellen har jevnet seg ut i årene frem mot reformen. Vi ser også at mens veksten i faste priser fra 2001 til 2002 i gjennomsnitt var på 4 % i forsøkskommunene, var den på nær 8 % i landet for øvrig. I 2003 hadde legene i de tidligere forsøkskommunene om lag 2 % høyere driftsinntekt enn i resten av landet, men som vi husker hadde legene i disse kommunene i gjennomsnitt også lengre lister (figur 3).

---

<sup>25</sup> I vedlegg 3 beskriver vi hvordan vi har beregnet den enkelte leges driftstilskudd i perioden.

**Figur 10:** Brutto driftsinntekter unntatt egenandeler. 1994 - 2003. Faste priser (Basisår = 2003).<sup>26</sup>



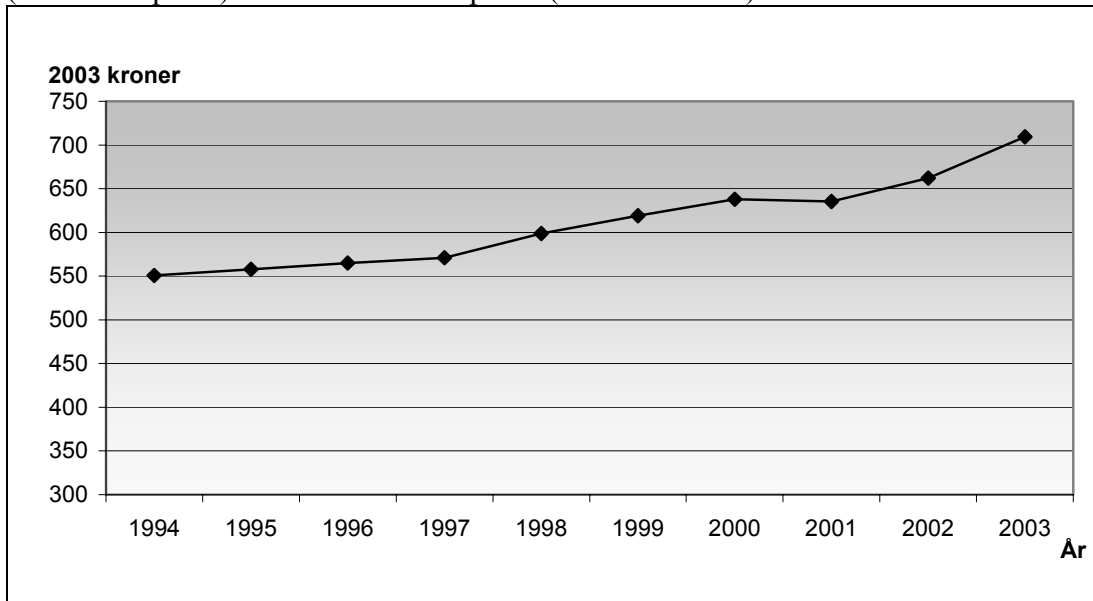
Når befolkningen er registrert på liste hos bestemte fastleger, vet vi med sikkerhet størrelsen på legens listepopulasjon. Dette innebærer at vi kan beregne hva fastlegen i gjennomsnitt tjener per person på lista. I figur 11 ser vi på utviklingen i driftsinntekt unntatt egenandeler per person på lista for legene i de tidligere forsøkskommunene. Beregningen er gjort i faste priser. 2003 er valgt som basisår. Driftsinntekten per person øker jevnt i hele perioden, og fra 1994 frem til 2003 har denne økt med nesten 29 %. Veksten per person er altså høyere enn den samlede veksten i driftsinntekten som var på 13 % (figur 10). Det kan med andre ord synes som hver pasient gradvis medfører større inntekter for legen fra oppstarten av fastlegeforsøket i 1994 og frem til i dag. Dette kan også ha sammenheng med at det i perioden har vært en økning i antall personer som har nådd frikorttaket, og som dermed får refundert sine egenandeler<sup>27</sup>. Fordi vi ikke har informasjon om utviklingen i ordinære egenandeler vet vi imidlertid ikke om veksten i refunderte egenandeler har blitt utlignet av en eventuell reduksjon i egenbetaling fra

<sup>26</sup> Utviklingen som beskrives i denne figuren, er også gjengitt i tabell V1.9, vedlegg 1.

<sup>27</sup> Økningen i antallet utstedte frikort var bare i perioden 2000 til 2003 på 30 % (i følge data fra Per Øyvind Gaardsrud, RTV).

pasientene. Etter reformen har veksten i driftsinntekt per person vært på nær 12 %, og dette er noe lavere enn veksten i samlede driftsinntekter som i samme periode har vært på nær 13 % (figur 10). I størrelsesorden samsvarer disse resultatene godt med tilsvarende tall fra Rikstrygdeverkets takstbruksundersøkelse (figur V1.1 og figur V1.2, vedlegg 1).

**Figur 11:** Brutto driftsinntekt unntatt egenandeler per person på lista. Forsøkskommuner (ubalansert panel). 1994-2003. Faste priser (Basisår = 2003).<sup>28</sup>



<sup>28</sup> Utviklingen som beskrives i denne figuren, er også gjengitt i tabell V1.10, vedlegg 1.

#### 4. Utvikling i fastlegenes takstbruk

For et utvalg av norske allmennleger har vi for årene 2000 til 2003 data om takstbruk fra trygdeetatens årlige takstbruksundersøkelser<sup>29</sup> (utvalg 3). Takstbruksundersøkelsen gjennomføres ved at det for et utvalg leger innhentes opplysninger om deres bruk av takster i løpet av november måned hvert år. Vi analyserer utviklingen i legenes takstbruk ved å beregne hvor mange ganger den enkelte takst er utløst per person på lista i denne registreringsperioden. For å forenkle framstillingen har vi multiplisert takstbruk per person på lista med 1000.<sup>30</sup> I tabell 4 beskrives de utvalgte takstene, størrelsen på honoraret legene får for denne taksten samt om det dreier seg om en egenandel eller en refusjonstakst. I tillegg til å analysere bruken av disse enkelttakstene beregner vi legenes samlede bruk av laboratorie- og prosedyretakster<sup>31</sup>.

**Tabell 4:** Utdrag fra Normaltariffen 2000/2001 til 2003/2004.

Takst Kode	Innhold	Honorar 2000/2001	Honorar 2001/2002	Honorar 2002/2003	Honorar 2003/2004
1 ad	Enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning ved personlig fremmøte og ved bud	Egenandel kr 25	Egenandel kr 35	Egenandel kr 35	Egenandel kr 35*
1 bd	Enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning per brev eller telefon	Refusjon kr 22	Refusjon kr 35	Refusjon kr 35	kr 35* Refusjon til 31.12.2003 Egenandel fra 1.1.2004
2 ad	Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege	Egenandel kr 110	Egenandel kr 110	Egenandel kr 114	Egenandel kr 117
2 cd	Tilleggstakst for tidsbruk ved lange konsultasjoner For tidsbruk utover 20 min per påbegynte 15 min.	Refusjon kr 75	Refusjon kr 95	Refusjon kr 103	Refusjon kr 98
2 dd	Tillegg per konsultasjon hvis legen er spesialist allmennmedisin	Refusjon kr 45	Refusjon kr 51	Refusjon kr 58	Refusjon kr 58

\*: 1. juli 2003 ble enkle kontakter som resulterer i resept, sykemelding, rekvisisjon eller henvisning skilt fra 1ad og 1bd og flyttet til en ny takst 1h. 1h utløser en egenandel som i 2003/2004 utgjorde 35 kroner.

<sup>29</sup> Se forøvrig RTV (2000 og 2004).

<sup>30</sup> Utviklingen i fastlegenes takstbruk kan også uttrykkes ved antall utløste takster per listeperson per år, under forutsetning av at takstbruken i november måned er representativ for takstbruken resten av året. Tabeller som beskriver utviklingen på denne måten finnes i vedlegg 5.

<sup>31</sup> En oversikt over utviklingen i honorartakster for laboratorieprøver finnes i tabell V1.11 og V1.12, vedlegg 1.

For takstbruksundersøkelsen fra november 2001 benyttes data om listelengder fra januar 2002. Tilsvarende benyttes opplysninger om listelengder i januar 2003 sammen med takstbruksundersøkelsen fra november 2002. Fordi vi foreløpig ikke har fått tilgang til informasjon om listelengder i januar 2004, benytter vi informasjon om listene slik de var i juli 2003 sammen med takstbruksundersøkelsen fra november 2003. Vi har også opplysninger om legenes takstbruk for november 2000. I beregningene har vi valgt å inkludere også denne undersøkelsen selv om den ble gjennomført mer enn et halvt år før fastlegereformen. Vi benytter informasjon om listelengder fra juni 2001 når vi analyserer data fra denne undersøkelsen. Imidlertid må beregningene for dette året tolkes med varsomhet, og dette er årsaken til at vi kun beskriver endringer i takstbruk fra 2001 til 2003. I tillegg til å rapportere gjennomsnittslegens takstbruk skiller vi legene som opplever avvik mellom listetak og faktisk liste, fra resten av fastlegene. Leger som mangler mer enn 5 % for å oppnå sitt ønskede listetak blir i analysen definert til å oppleve listetaksavvik<sup>32</sup> (se også avsnitt 2).

I motsetning til i fastlegeforsøket hvor spesialister i allmennmedisin fikk utbetalt en høyere sats per person på lista enn leger uten denne spesialiteten (tabell 3), utbetales i den landsomfattende ordningen en spesialist i allmennmedisin en høyere refusjon per konsultasjon (tabell 4). I 2000/2001 mottok spesialister i allmennmedisin 45 kroner mer eller 41 % høyere honorar per konsultasjon. Forskjellen i honorar mellom spesialister og ikke-spesialister har økt i perioden og i 2003/2004 fikk spesialister utbetalt 50 % høyere honorar per konsultasjon. På bakgrunn av takstbruksundersøkelsen er det mulig å anslå forskjeller i trygdeutbetalinger per person på lista mellom en fastlege som er spesialist i allmennmedisin og en fastlege som ikke har denne spesialiteten. I perioden etter innføringen av FLO har spesialister i allmennmedisin signifikant høyere utbetalinger fra refusjon og frikort enn ikke-spesialister (figur V1.3). I 2001 var forskjellene på 22 %, mens den var 12 % i 2003. Forskjellene i samlede trygderefusjoner mellom spesialister og ikke-spesialister har med andre ord blitt mindre i perioden. Forskjellene i samlet utbetaling fra trygden er betydelig lavere enn forskjellene i honorar per konsultasjon

---

<sup>32</sup> Fordi fastleger som har for mange på listen sammenlignet med listetak også vil oppleve et listetaksavvik ville et mer presist begrep være å kalle dette et *negativt listetaksavvik*. For enkelthetskyld benytter vi allikevel begrepet listetaksavvik for leger som har en kortere liste enn listetaket.

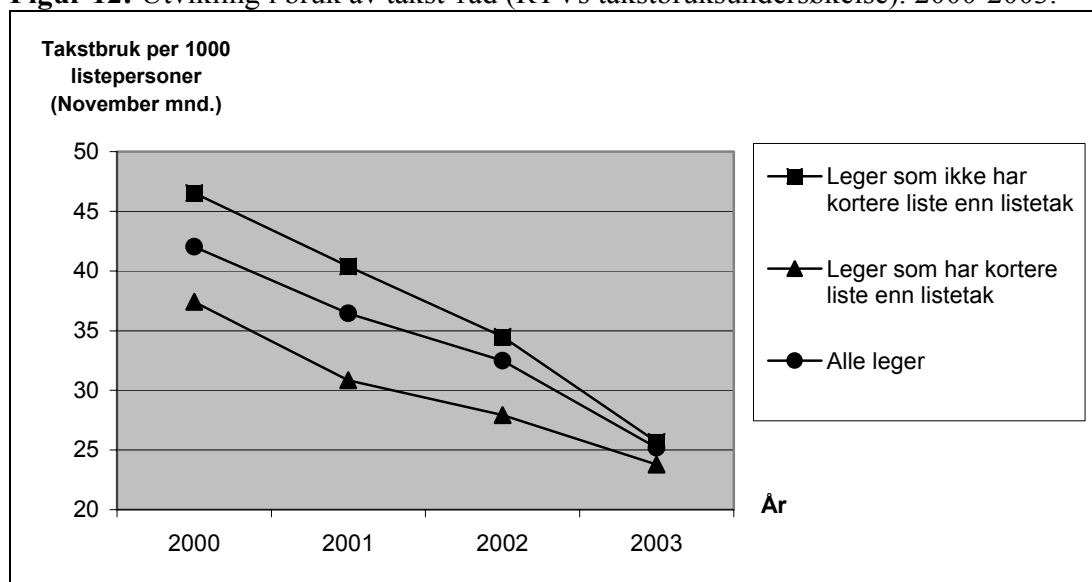


(tabell 4), noe som kan tyde på at spesialister i allmenntidisin i løpet av perioden relativt sett utløser færre takster per person enn ikke-spesialister. En annen forklaring kan være at konsultasjonstaksten utgjør en relativt mindre andel av total refusjonsutbetaling i 2003/2004 enn i 2000/2001.

#### 4.1 Utvikling i bruk av takst 1ad (enkel pasientkontakt)

Utviklingen i bruken av enkel pasientkontakt (1ad) er beskrevet i figur 12. I gjennomsnitt ble denne taksten benyttet 36 ganger per 1000 personer på lista i november 2001, 32 ganger i 2002, mens det tilsvarende tall for november 2003 er 25 ganger. Fra 2001 til 2003 er reduksjonen på 31 % per person på lista. Vi ser at den største endringen skjer mellom 2002 og 2003. Dette henger sammen med endringer i takstoppgjøret per 1.juli 2003 hvor systemet ble endret slik at enkle kontakter (både ved fremmøte, bud, brev og telefon) som resulterer i resept, sykmelding, rekvisisjon eller henvisning ble skilt ut fra 1a og 1b og flyttet til en ny takst 1h<sup>33</sup>. Honoraret legene mottar for takst 1ad er ikke endret i perioden. For begge gruppene av leger har det vært en nedgang i bruken av enkel pasientkontakt. Taksten brukes hyppigst av gruppen som ikke opplever listetaksavvik. Forskjellene mellom de to gruppene er statistisk signifikant på 1 % nivå i 2001 og 2002. For en lege som har stor pågang av pasienter er trolig enkel pasientkontakt et alternativ til en ordinær legekonsultasjon. Det virker derfor rimelig at gruppen av leger som ikke opplever listetaksavvik bruker denne taksten hyppigere enn andre.

**Figur 12:** Utvikling i bruk av takst 1ad (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003.<sup>34</sup>



<sup>33</sup> Se også tabell 4. I følge Helse- og omsorgsdepartementet ble som følge av dette, bruken av 1ad redusert med 31 % og bruken av 1 bd redusert med 46 % fra 2002 til 2003.

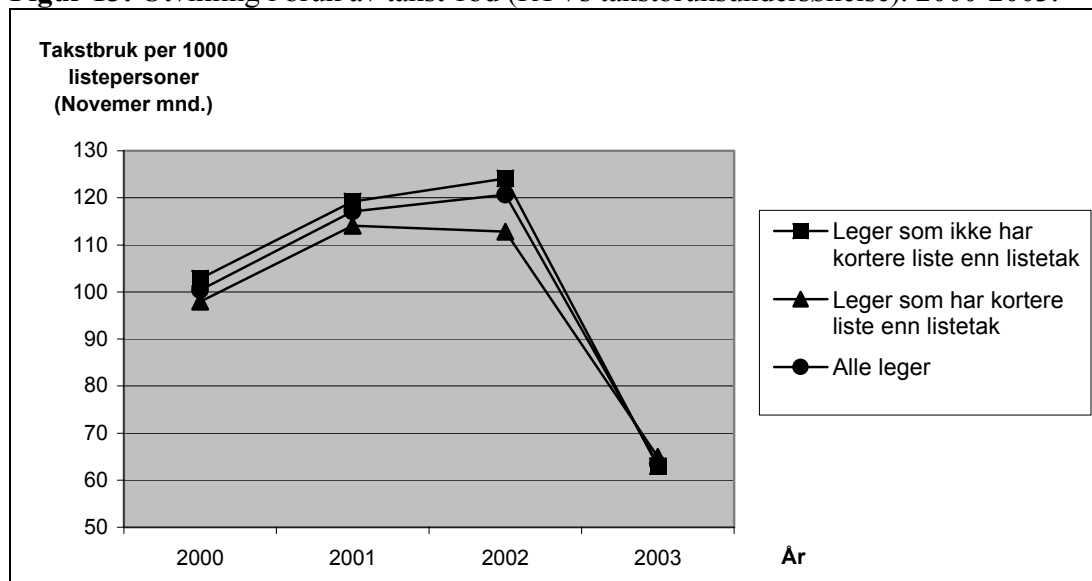
<sup>34</sup> Utviklingen som beskrives i denne figuren, er også gjengitt i tabell V1.13, vedlegg 1.

## 4.2 Utvikling i bruk av takst 1bd (telefontaksten)

Utviklingen i bruk av telefontaksten (1bd) er beskrevet i figur 13. I gjennomsnitt for alle legene ble denne taksten benyttet 117 ganger per 1000 personer på lista i november 2001, og bruken øker til 121 per 1000 i november 2002. Fra november 2002 til november 2003 skjer det nesten en halvering i bruken av telefontaksten. Dette henger sammen med justeringen i takstheftet som fant sted i juli 2003 (se avsnitt 4.1). Det er ikke signifikant forskjell mellom de to gruppernes bruk av telefontaksten i noen av årene. Honoraret legen utbetales for denne taksten, var uendret fra november 2001 til november 2003.

Ser vi på legens totale bruk av telefontaksten uten å ta hensyn til den enkeltes listelengde (figur V1.4, vedlegg 1), er det frem til 2002 en forskjell mellom de to gruppene av leger; leger som opplever listetaksavvik bruker totalt sett telefontaksten mindre enn andre. Forskjellen er statistisk signifikant i 2001 og 2002. Vi ser også at nedgangen i bruk mellom 2002 og 2003 har vært svakere for denne gruppen leger.

**Figur 13:** Utvikling i bruk av takst 1bd (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003.<sup>35</sup>



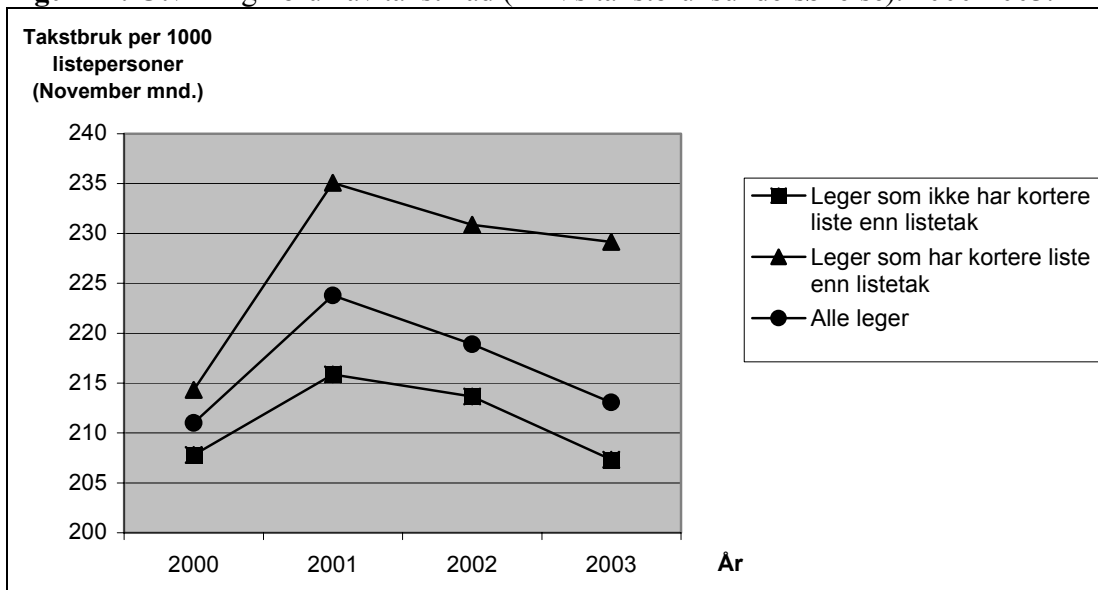
<sup>35</sup> Utviklingen som beskrives i denne figuren, er også gjengitt i tabell V1.14, vedlegg 1.

### **4.3 Utvikling i bruk av takst 2ad (ordinære konsultasjoner)**

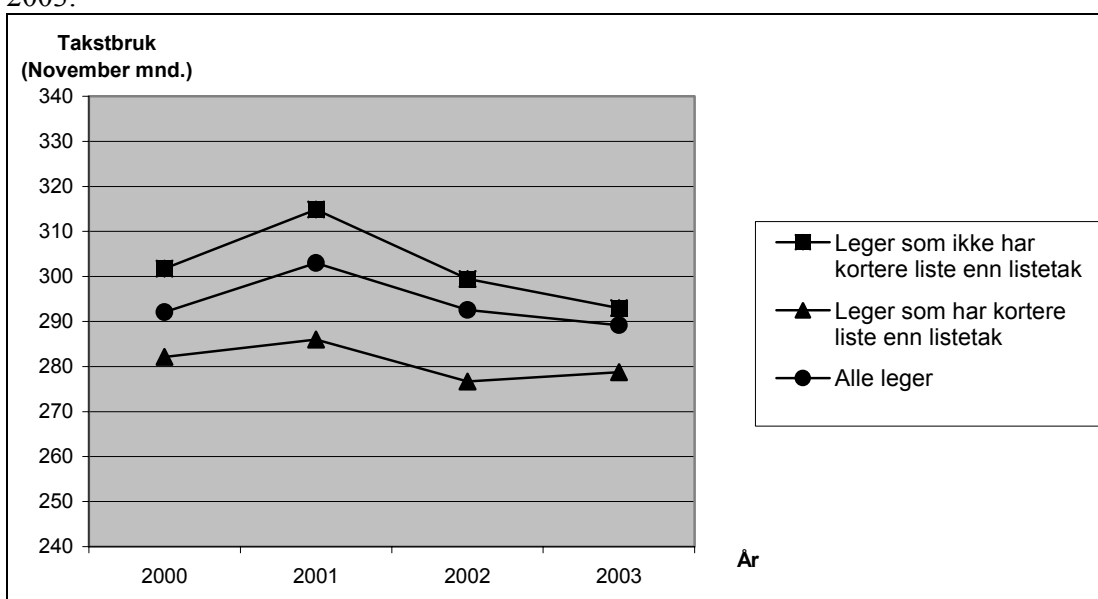
Utviklingen i bruken av ordinære konsultasjoner (2ad) er beskrevet i figur 14. Selv om vi må vise varsomhet ved sammenligningen med undersøkelsen i år 2000, virker det rimelig at konsultasjonshyppighet per person øker som følge av den bedre tilgjengeligheten økt legedekning medførte i kommunene (vedlegg 2, tabell V2.1). Økningen var på over 6 % fra november 2000 til november 2001. Per person reduseres imidlertid bruken av konsultasjonstaksten fra 2001 til 2002. Reduksjonen var på om lag 2 %, slik at gjennomsnittlig bruk av konsultasjonstaksten i 2003 var tilbake på 2000 nivå. For leger med kortere lister enn listetaket er takstbruken ganske stabil fra 2002 til 2003. Det er altså en tendens til at befolkningen har fått noen færre konsultasjoner i perioden etter fastlegereformen, men dette gjelder ikke den delen av befolkningen som er registrert hos en fastlege som mangler personer på lista for å nå sitt ønskede listetak. Forskjellene mellom gruppene er statistisk signifikant i 2001, 2002 og 2003. Variasjonen i utvalgets bruk av denne taksten målt som variasjonskoeffisienten har holdt seg stabil i treårsperioden 2001 til 2003 (tabell V1.16, vedlegg 1).

Det kan også være interessant å se på den totale bruken av konsultasjonstaksten i de ulike registreringsperiodene (figur 15). Hvis vi ser på perioden under ett har total bruk av konsultasjonstaksten blitt redusert med nesten 5 % fra 2001 til 2003. Men som vi ser, mens total bruk er redusert med 7 % blant legene som ikke opplever listetaksavvik, er den totale bruk bare redusert med 2 % blant legene som opplever listetaksavvik. Forskjellene mellom gruppene er statistisk signifikante i 2001 og 2002.

**Figur 14:** Utvikling i bruk av takst 2ad (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003.<sup>36</sup>



**Figur 15:** Utvikling i total bruk av takst 2ad (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003.<sup>37</sup>



<sup>36</sup> Utviklingen som beskrives i denne figuren, er også gjengitt i tabell V1.15, vedlegg 1.

<sup>37</sup> Utviklingen som beskrives i denne figuren, er også gjengitt i tabell V1.17, vedlegg 1.

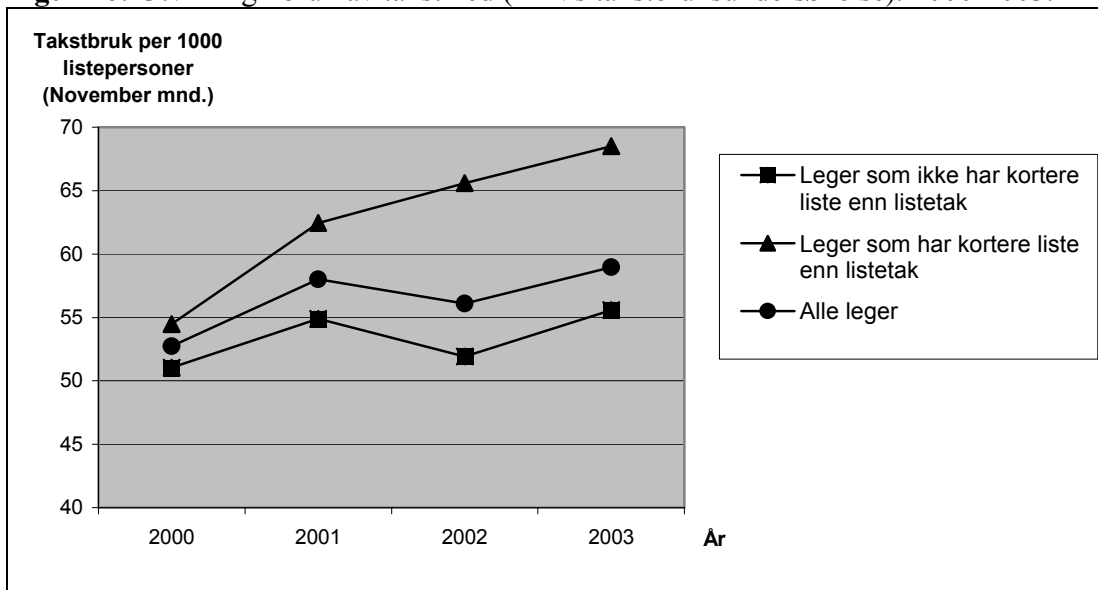
#### **4.4 Utvikling i bruk av takst 2cd (tidstaksten)**

Utviklingen i bruken av tidstaksten (2cd) er beskrevet i figur 16. I gjennomsnitt for alle legene ble denne taksten brukt 58 ganger per 1000 personer i november 2001 mens det tilsvarende tallet for november 2003 er 59. Totalt for alle legene, øker bruken av tidstaksten med 11 % i perioden. Honoraret fra tidstaksten økte med 28 kroner eller 37 % fra 2000/2001 til 2002/2003, for deretter å bli noe redusert fra 2002/2003 til 2003/2004 (Tabell 4). Det har altså i perioden blitt mer lønnsomt for legene å gjennomføre lengre konsultasjoner.

Mens bruken av tidstaksten har endret seg lite for de av legene som har nok personer på lista, er det i perioden en jevn vekst i bruken av tidstaksten blant leger som mangler personer på lista. I 2003 var forskjellen på 21 %. Også i dette tilfellet er det nærliggende å peke på at det for leger med mer enn 5 % for få pasienter kan være lettere å finne tid til lengre konsultasjoner enn det er for de av legene som er fornøyd med listelengden. Forskjellen i takstbruk mellom de to legekategoriene er statistisk signifikant på 5 % nivå i 2001 og på 1 % nivå i 2002 og 2003.

Det er fastleger som ikke er spesialister i allmennmedisin som i hele perioden bruker tidstaksten mest (figur V1.5, vedlegg 1). Forskjellen var på 13 % i 2001, og har i 2003 økt til 14 %. Forskjellene mellom spesialister og ikke-spesialister er signifikant i alle de fire årene.

**Figur 16:** Utvikling i bruk av takst 2cd (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003.<sup>38</sup>

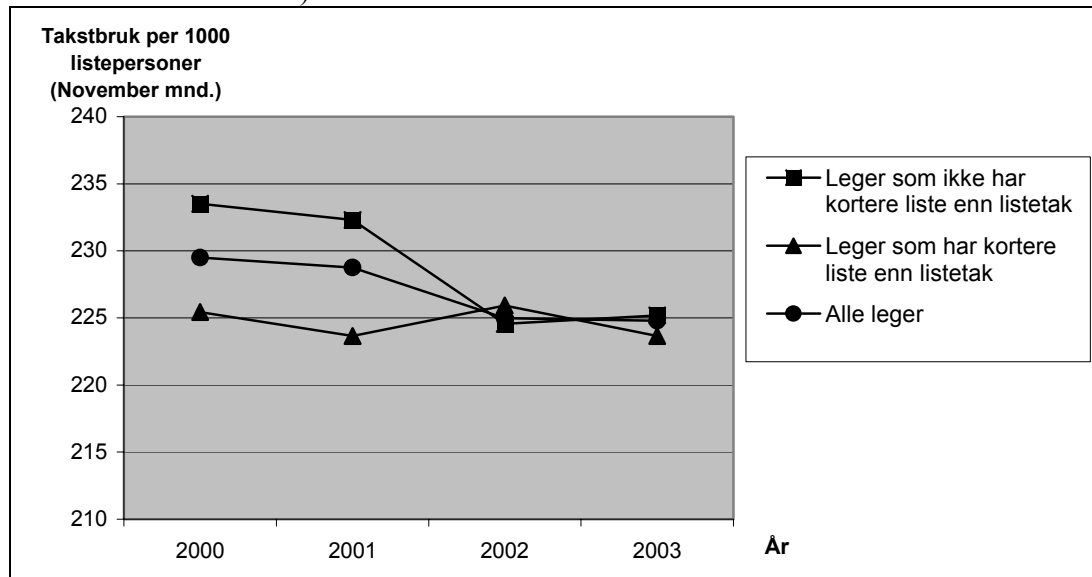


<sup>38</sup> Utviklingen som beskrives i denne figuren, er også gjengitt i tabell V1.18, vedlegg 1.

#### 4. 5 Utvikling i samlet bruk av laboratorietakster

Allmennleger benytter en rekke laboratorieundersøkelser når de diagnostiserer og behandler sine pasienter. I figur 17 presenteres utviklingen i gjennomsnittlig antall laboratorietakster per 1000 listepersoner i perioden. Gjennomsnittlig bruk av laboratorietakster per person er redusert med snaut 2 % fra november 2001 til november 2003. Forskjellen i bruk av laboratorie- og prosedyretakster mellom de to gruppene av leger er ikke statistisk signifikant noen av årene.

**Figur 17:** Utvikling i samlet bruk av laboratorie- og prosedyretakster (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003.<sup>39</sup>



<sup>39</sup> Utviklingen som beskrives i denne figuren, er også gjengitt i tabell V1.19, vedlegg 1.



## 5. Oppsummering

Fastlegene i de tidligere forsøkskommunene har i 2003 kortere lister enn de hadde da fastlegeforsøket ble igangsatt i 1993. Listene er imidlertid fremdeles lengre i disse kommunene enn i landet for øvrig. Samtidig ser vi at gjennomsnittslegen i forsøkskommunene har færre ledige plasser på sin liste enn fastlegene ellers i landet. Dette henger trolig sammen med at det i de tidligere forsøkskommunene fortsatt er en dårligere legedekning enn landsgjennomsnittet for norske kommuner.

Fastlegene i de tidligere forsøkskommunene ønsker seg en kortere liste (lavere listetak) i juli 2003 enn før den landsomfattende reformen 1. juni 2001. I perioden etter reformen har med andre ord gjennomsnittslegen i forsøkskommunene nedjustert sine listetak. Dette gjelder i mindre grad for legene i de andre kommunene. Men det er store forskjeller innad i legegruppen: noen fastleger har flere personer på lista enn de ønsker, mens andre fastleger mangler personer for å nå sitt listetak. På landsbasis har omtrent 21 % av fastlegene oppjustert sitt listetak fra 2001 til 2003, mens 22 % har nedjustert sine listetak. Det er nærliggende å tenke seg at både kommunens organisering av legetjenesten, kjennetegn ved legens liste og kjennetegn ved legen har betydning for om legen har oppjustert eller nedjustert sin maksimalt ønskede listelengde, samt for om legene overhode har hatt incentiver til å endre listelengden de oppga til trygdeetaten før innføringen av FLO. Fordi geografi og reiseavstander begrenser befolkningens mobilitet er det viktig å huske på at legemarkedet ikke er *ett* nasjonalt marked, og at underskudd på listeplasser i en kommune i liten grad kan kompenseres av overskudd på listeplasser i en annen kommune.<sup>40</sup> Det er heller ikke nødvendigvis enkelt internt i en kommune å omfordele listepersoner fra leger som har lange lister til leger som har for korte lister. Fordi valg av lege handler om personlige relasjoner vil markedsmechanismene bare i begrenset grad kunne bidra til å jevne ut fastlegenes lister.

I perioden 1994 til 2003 har brutto driftsinntekter for fastlegene i de tidligere forsøkskommunene økt. Veksten i driftsinntekter per person har vært høyere enn veksten

---

<sup>40</sup> Grytten og Sørensen (2004) finner i sine data at det på landsbasis er omtrent like mange leger som ønsker seg flere personer på lista som det er leger som ønsker å redusere lista.

i total driftsinntekt. Det innebærer at hver enkelt listeperson bidrar med større inntekter til fastlegen. Før den landomfattende reformen hadde legene i forsøkskommunene betydelig høyere driftsinntekter enn i landet for øvrig, noe som trolig kan forklares med den lave legedekningen. Men selv om legene i forsøkskommunene fortsatt har noe høyere driftsinntekter enn ellers i landet, ser det ut til at driftsinntektene er i ferd med å jevne seg ut.

Siden vi mangler pålitelige data om egenbetaling, er driftsinntektene i våre beskrivelser begrenset til trygdefusjoner og per capita tilskudd. Dersom vi forsiktig antar at en lege i gjennomsnitt gjennomfører 3000 konsultasjoner per år<sup>41</sup>, vil brutto driftsinntekter øke med om lag 300.000 kroner når vi inkluderer pasientenes egenbetaling. Hvis vi anslår at praksisutgiftene utgjør 45 % av driftsinntektene slik resultatet fra inntektsundersøkelsen i 1998 kunne tyde på, har vi et anslag på fastlegenes bruttoinntekt (SSB 1998)<sup>42</sup>. Med utgangspunkt i tallene for brutto driftsinntekt (figur 10, tabell V1.9) kan en gjennomsnittlig fastleges nettoinntekt<sup>43</sup> fra fastlegepraksis i 2003 anslås til om lag 736.000 kroner<sup>44</sup>.

Utviklingen i brutto driftsinntekter og takstbruk er i våre beskrivelser begrenset til å gjelde de legene som var privatpraktiserende med driftstilskudd før reformen. Imidlertid var det et stort antall leger som endret status fra fastlønte kommuneleger til privatpraktiserende fastleger i forbindelse med fastlegereformen<sup>45</sup>. Våre data gir ikke grunnlag for å anslå inntektsutviklingen for disse legene, men det er grunn til å tro at de tidligere fastlønte legene inntektsmessig har kommet godt ut av overgangen. Mye tyder på at jo dårligere utgangspunkt en allmennlege inntektsmessig hadde før reformen, jo større har forbedringen i nettoinntekt blitt. En privatpraktiserende allmennlege som før

---

<sup>41</sup> Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 15.11.2004.

<sup>42</sup> SSBs inntekts- og kostnads undersøkelse fra 1998 er beheftet med stor usikkerhet. Dette skyldes blant annet en svært lav svarprosent. Imidlertid er dette den siste inntektsundersøkelsen som er gjennomført blant norske allmennleger.

<sup>43</sup> I denne sammenheng forstås nettoinntekt som driftsinntekt fratrukket praksisutgifter.

<sup>44</sup> De fleste fastlegene har i tillegg en offentlig bistilling slik at den samlede inntekten vil være høyere enn inntekten fra fastlegepraksis (se Godager 2003).

<sup>45</sup> I følge offisiell statistikk fra SSB (vedleggstabell V2.1) var 18 % av legeårsverkene fastlønnet i 1999 og 2000, mens dette ble redusert til 13 % etter reformen. Registerdata fra RTV kan tyde på at andelen som mottar fast lønn i dag er nede i 10 %.

reformen hadde et stort pasientgrunnlag, har derfor trolig i liten grad økt sin nettoinntekt, mens de tidligere fastlønte legene har opplevd et betydelig løft inntektsmessig. I så måte kan en si at omleggingen av avlønningsordningen for allmennleger som fant sted i 2001, har bidratt til en inntektsutjevning innad i allmennlegegruppen. Selv om dette ikke var et eksplisitt mål for myndighetene før reformen, var den store forskjellen i bruttoinntekt mellom fastlønte leger og leger med driftsavtale noe som sterkt bidro til de problemene vi så i allmennlegetjenesten før reformen i 2001 (Ot.prp.nr. 99 1998-99, St meld nr 23 1996-97).

Med utgangspunkt i Rikstrygdeverkets takstbruksundersøkelse fra november hvert år, er det mulig å si noe om endringen i norske fastlegers takstbruk etter reformen. Både bruken av ordinær konsultasjonstakst, bruken av enkel pasientkontakt og samlet bruk av laboratorietakster har gått ned når dette beregnes per person på lista. Bruken av tidstaksten er imidlertid på et litt høyere nivå i 2003 enn i 2001. Det kan altså tyde på at befolkningen får noen færre konsultasjoner, men at konsultasjonene i gjennomsnitt har blitt lengre. Resultatene tyder også på at spesialister i allmennmedisin har en noe annen takstbruk enn ikke-spesialister, samt at leger som ikke har fått en listelengde som samsvarer med oppgitt listetak, bruker takstene på en annen måte og dermed har en annen praksisprofil, enn leger som er fornøyd med listelengden<sup>46</sup>. Bruken av telefontaksten vokste jevnt frem til 2002, men fra 2002 til 2003 har bruken av telefontaksten blitt redusert. Dette henger sammen med innføringen av en ny takst, takst 1h. I januar 2004 skjedde det en omlegging av refusjonsreglene for telefontaksten (tabell 4), men fordi takstbruksundersøkelsen fant sted en måned før dette, kan vi se bort fra denne endringen når vi beskriver utviklingen.

Vi fant at for gjennomsnittslegen økte trygderefusjonen i perioden fra 2000 til 2003 (avsnitt 3), og vi stilte spørsmål ved om dette skyldtes høyere refusjon per takst eller om det skyldtes flere utløste takster. Fordi vi vet at fastlegens liste i gjennomsnitt har økt (avsnitt 2), samtidig som det kan være vanskelig å si noe om takstbruken per person har endret seg (avsnitt 4), kan det være vanskelig å si noe om endringen i total takstbruk i

---

<sup>46</sup> Fastleger som mangler personer på lista, yter flere og lengre konsultasjoner per listeperson.

perioden etter fastlegereformen. Fra tabell 4 ser vi imidlertid at honoraret for tidstaksten (2 cd) og honoraret for spesialisttaksten (2 dd) har økt med henholdsvis 37 % og 28 % fra 2000/2001 til 2003/2004. Honoraret for noen laboratorieprøver har også økt i perioden. Trolig er derfor en viktig forklaring på veksten i trygderefusjonene at legen i gjennomsnitt mottar en høyere refusjon per utløst takst i 2003 enn tidligere år. Fordi takstbruksundersøkelsen ikke inkluderer de samme legene hvert år er ikke analysene av legenes takstbruk foretatt på et balansert panel av fastleger. Hvis det over tid er flere leger i utvalget som har en tjenesteintensiv praksis, vil økningen i refusjonsutbetalingen også kunne forklares av skjevheter i utvalget. I følge RTV er det imidlertid ingenting som tyder på at datamaterialet inneholder systematiske skjevheter (RTV 2004).

## **Referanser:**

Godager, G., 2003, Fastlegeordningen og det kommunale legearbeidet. Er det tilfeldig hvilke leger som påtar seg kommunalt legearbeid? Hero skriftserie 2003:15, Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo, Universitetet i Oslo.

Grytten, J., R. Sørensen, 2004, Grådige leger med knapphet på pasienter? En analyse av tilbudsindusert etterspørsel i allmennlegetjenesten. Økonomisk Forum 1, 32-37.

Heen, H., E. Johnsen, T. Opdahl Moe, 1996, Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner, AFIs rapportserie nr.2/96 (Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo).

Iversen, T., H. Lurås, 1996, Forsøk med fastlegeordning. Økonomievaluering av forsøkskommunene, Rapport 1996:1, Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.

Iversen, T., H. Lurås, 2000a, The effect of capitation on GPs' referral decisions. Health Economics 9, 199-210.

Iversen, T., H. Lurås, 2000b, Economic motives and professional norms: The case of general medical practice, Journal of Economic Behavior and Organization 43, 447-470.\*

Iversen, T., H. Lurås, 2002a, The importance of micro-data for revealing income motivated behaviour among GPs. In Lindgren, B. (ed) Individual Decisions for Health. London: Routledge.

Iversen, T., H. Lurås, 2002b, Waiting Time as a Competitive Device: An example from General Medical Practice, International Journal of Health Care Finance and Economics, 2, 189-204.

Lurås, H., 2004a, General Practice. Four Empirical Essays on GP Behaviour and Individuals Preferences for GPs, Working Paper 2004:1, Health Economic Research Programme (HERO), University of Oslo.

Lurås, H., 2004b, Hva vet vi om inntektsmotivert adferd blant allmennleger? En kritisk gjennomgang av teoretisk og empirisk litteratur. Økonomisk forum 9,33-42

Ot.prp. nr. 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 ....

Rikstrygdeverket, 2000, Allmennlegers takstbruk, Rapport 08/2000, Utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket.

Rikstrygdeverket, 2004, Takstfrekvenser – leger med refusjon fra trygden 2003-2004, Notat, Utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket.

Statistisk sentralbyrå, 1998, Leger med praksis alene har lengre arbeidstid, Inntekts- og kostnadsundersøkelse for allmennleger, 1998, [www.ssb.no/emner/05/01](http://www.ssb.no/emner/05/01).

St meld nr 23 (1996-97), Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen, Sosial- og helsedepartementet 1996-97.

## Vedlegg 1: Tabeller og figurer

### Avsnitt 2:

**Tabell V1.1:** Utvikling i listetak og faktisk listelengde. Forsøkskommunene (ubalansert panel). 1993-2003. (Vedlegg til Figur 1)

Listevariabel	Måned/år										
	1993	1995	1996	1997	1998	1999	6/2001	1/2002	7/2002	1/2003	7/2003
Listetak	1833						1544	1459	1450	1448	1443
Faktisk listelengde	1700	1703	1670	1638	1614	1596	1462	1443	1451	1463	1468
N	108	109	109	127	129	133	169	179	178	174	171

**Tabell V1.2** Utvikling i listetak og faktisk listelengde. Forsøkskommunene (balansert panel). 1993-2003. (Vedlegg til Figur 2)

Listevariabel	Måned/år										
	1993	1995	1996	1997	1998	1999	6/2001	1/2002	7/2002	1/2003	7/2003
Listetak	1878						1646	1541	1524	1496	1486
Faktisk listelengde	1732	1739	1705	1707	1694	1685	1588	1567	1563	1542	1534
N	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99

**Tabell V1.3** Utvikling i listetak og faktisk listelengde etter innføringen av FLO. Alle norske fastleger (ubalansert panel). 2001 – 2003. (Vedlegg til Figur 3)

Kommuner	Listevariabel	Måned/år				
		6/2001	1/2002	7/2002	1/2003	7/2003
Forsøkskommuner	Listetak	1544	1459	1550	1448	1443
	Faktisk listelengde	1462	1443	1451	1463	1468
	N	169	179	178	174	171
Alle kommuner	Listetak	1335	1322	1323	1322	1324
	Faktisk listelengde	1188	1196	1211	1223	1233
	N	3353	3575	3492	3389	3296

**Tabell V1.4:** Utvikling i listetak og faktisk listelengde. Forsøkskommunene (ubalansert panel). 2002 – 2003. (Vedlegg til Figur 4)

Leger	Listevariabel	Måned/år			
		1/2002	7/2002	1/2003	7/2003
Leger som har kortere liste enn ønsket	Listetak	1447	1452	1421	1429
	Faktisk listelengde	1381	1397	1383	1410
Leger som har lengre liste enn ønsket	Listetak	1489	1446	1486	1461
	Faktisk listelengde	1592	1551	1576	1541
N		179	178	174	171

**Tabell V1.5** Antall leger som har kortere liste enn listetak, som har lengre liste enn listetak og som er fornøyd med listelengden. Forsøkskommunene (ubalansert panel). 1993-2003. (Vedlegg til Figur 5)

Leger	Måned/år					
	1993	6/2001	1/2002	7/2002	1/2003	7/2003
Leger som har kortere liste enn listetak	60	58	28	21	14	4
Leger som er fornøyd med listelengden	30	108	129	126	126	133
Leger som har lengre liste enn listetak	18	3	22	31	34	34

**Tabell V1.6** Antall leger som har kortere liste enn listetak, som har lengre liste enn listetak og som er fornøyd med listelengden. Alle fastleger (ubalansert panel). 2001-2003. (Vedlegg til Figur 6)

Leger	Måned/år				
	6/2001	1/2002	7/2002	1/2003	7/2003
Leger som har kortere liste enn listetak	1737	1549	1355	1196	1042
Leger som er fornøyd med listelengden	1612	1742	1851	1924	1992
Leger som har lengre liste enn listetak	4	284	286	269	262



### Avsnitt 3:

**Tabell VI.7:** Fastlegenes brutto driftsinntekter. Forsøkskommunene (ubalansert panel). 1994-2003. Løpende priser. (Vedlegg til Figur 7)

Inntekts-komponent	År									
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Brutto driftsinntekter	937235	975689	982189	1011566	1084865	1132096	1123500	1156842	1191744	1247260
Brutto driftsinntekter unntatt egenandeler	769194	791838	801274	818133	863157	909757	894717	909118	956567	1068174
Per-capita inntekter	546791	558060	564639	577186	575497	607589	587692	497004	438318	447683
Refusjon fra fastlegetariff/normaltariff	197289	209679	211636	217813	255542	260385	261003	355545	453633	539063
Egenbetaling fra pasienter	168041	183851	180916	193433	221707	222339	224630	243280	230088	171091
Refunderte egenandeler	25113	24100	24999	23134	32118	41783	50175	61012	69706	89424
N	101	107	97	111	110	112	139	141	142	101

**Tabell VI.8:** Fastlegenes brutto driftsinntekter unntatt egenandeler. Alle kommuner unntatt forsøkskommunene (balansert panel). 1998-2003. Løpende priser. (Vedlegg til Figur 9)

Inntekts-komponent	År					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Brutto driftsinntekter unntatt egenandeler	728729	806816	860371	911528	993058	1043970
Basistilskudd	373235	389074	400132	375169	375691	390128
Refusjon fra normaltariff	310989	351001	383038	450218	515702	542404
Refunderte egenandeler	44505	66741	77201	86142	101665	111438
N	1891	1891	1891	1891	1891	1891

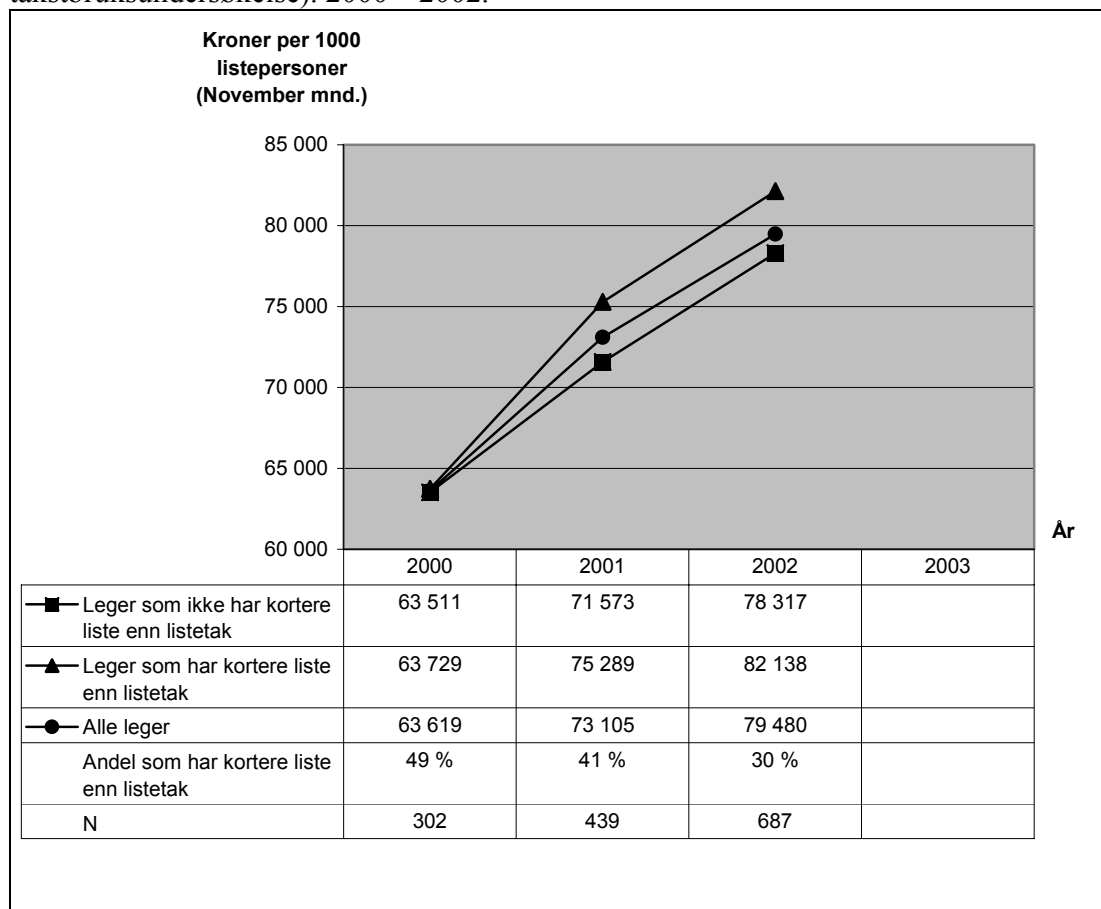
**Tabell VI.9:** Brutto driftsinntekter unntatt egenandeler. 1994 - 2003. Faste priser (Basisår = 2003). (Vedlegg til figur 10)

År	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Forsøks komm.	943801	947830	948708	943307	973641	1003462	956452	943664	980481	1068174
Øvrige komm.					822006	889918	919737	946166	1017884	1043970

**Tabell V1.10:** Brutto driftsinntekt unntatt egenandeler per person på lista. Forsøkskommuner (ubalansert panel). 1994-2003. Faste priser (Basisår = 2003). (Vedlegg til Figur 11)

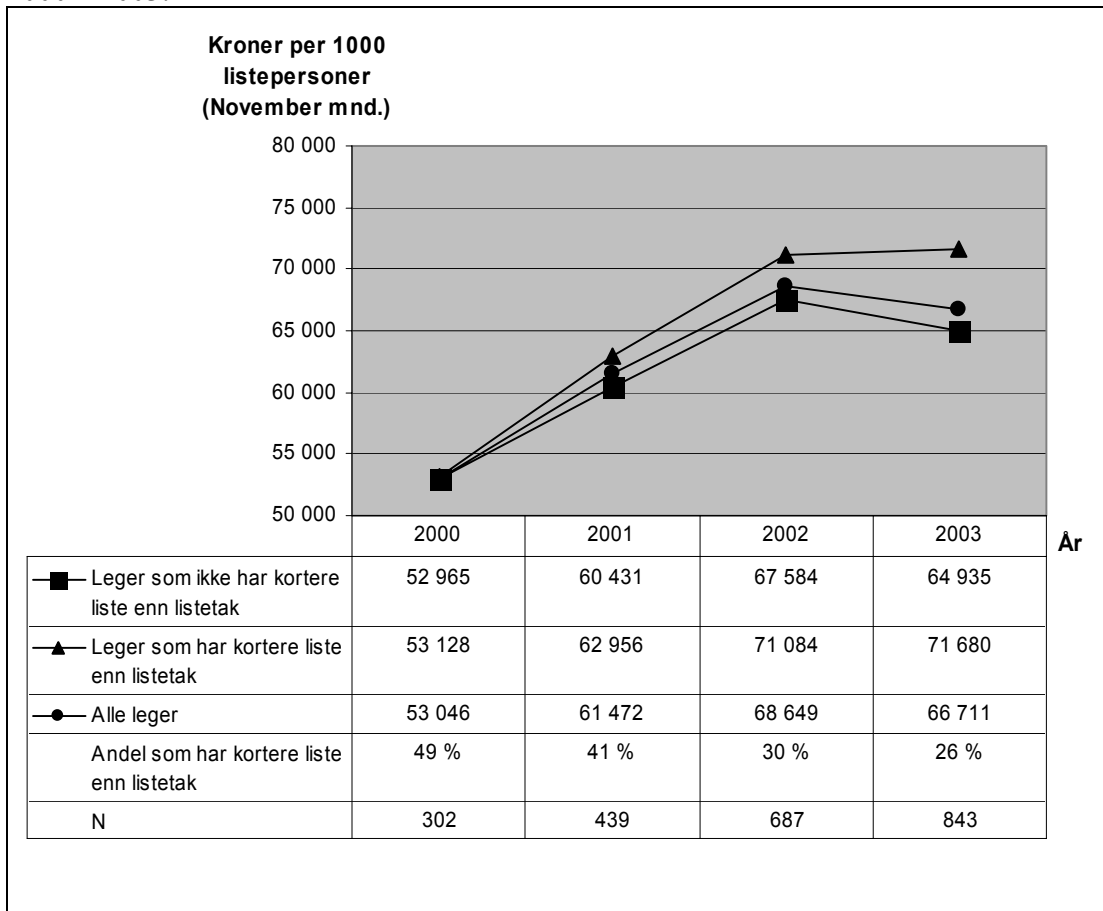
År	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Driftsinntekt per person på lista	551	558	565	571	599	619	638	635	662	709
N	101	107	97	111	110	112	139	141	142	101

**Figur V1.1:** Utvikling i inntekter fra refusjon, frikort og egenandeler. (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000 – 2002.\*

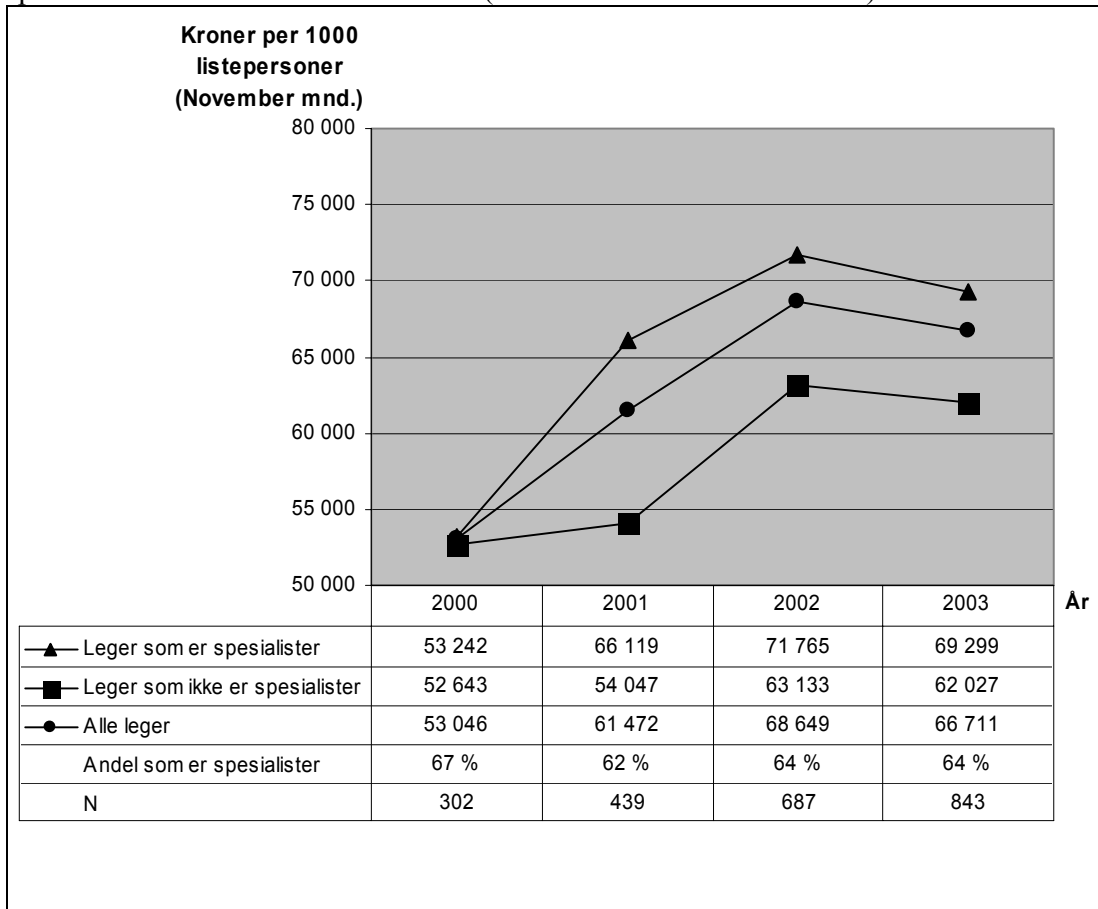


\*: Vi har ikke informasjon om egenandeler i 2003.

**Figur V1.2:** Utvikling i inntekter fra refusjon og frikort. (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000 – 2003.



**Figur V1.3:** Utvikling i inntekter fra refusjon og frikort avhengig av om legen er spesialist i allmenntillegisin eller ikke. (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000 – 2003.



#### Avsnitt 4:

**Tabell V1.11:** Utvikling i honorartakster for laboratorieprøver.

Takst	2001/2002	2002/2003	2003/2004	2003/2004
701a	kroner 25	kroner 35	kroner 35	kroner 40
701b	kroner 21	kroner 35	kroner 35	kroner 40
701c	kroner 21	kroner 21	kroner 21	kroner 21
701d	kroner 12	kroner 12	kroner 12	kroner 12

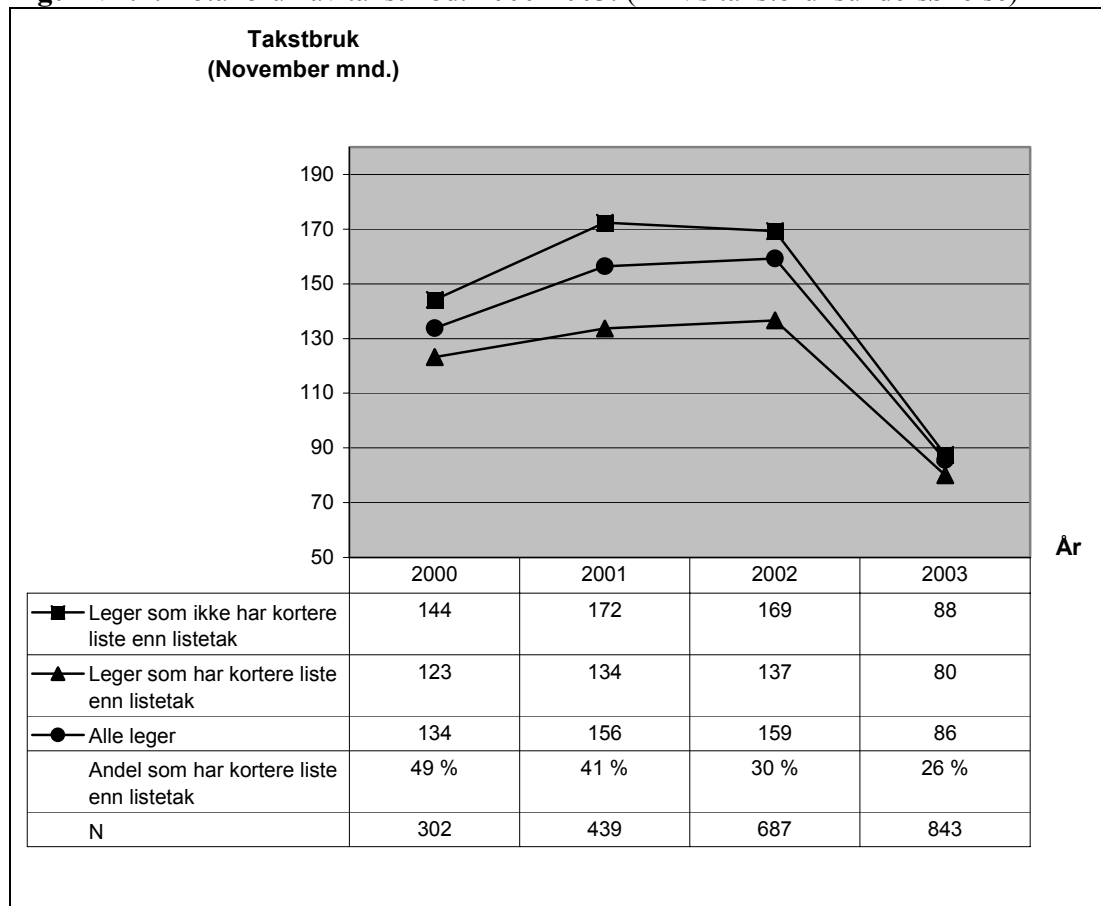
**Tabell V1.12:** Utvikling i honorartakster for laboratorieprøver.

Takst	2001/2002	2002/2003	2003/2004	2003/2004
703	20	20	20	20
704f	19			
704g	19			
704j	19	19	19	19
704k	19	19	19	19
704l	19			
705a	35	35	35	35
705b	35			
705c	35	35		
705d	35			
705e	35			
705g	35	35	70	70
705h	21	21	21	21
705i	35	35	35	35
705j	35	35	35	35
705k	40	38	48	48
705l	21	21	21	21
706a	35	35		
706b	48			
706c	24			
706d	96			
706e	48			
706f	62	62	62	62
706g	48	48	48	48
706h	48	48	48	48
706i	48	48	48	48
706j	48	48	48	48
706k	48	48	48	48
706l	48	48	48	48
707a	60	55	55	55
707b	50	50	80	80

**Tabell V1.13:** Utvikling i bruk av takst 1ad (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003. (Vedlegg til Figur 12)

Leger	Måned/år			
	2000	2001	2002	2003
Leger som ikke opplever listetaksavvik	47	40	34	26
Leger som opplever listetaksavvik	37	31	28	24
Alle leger	42	36	32	25
Andel leger som opplever listetaksavvik (%)	49 %	41 %	30 %	26 %
N	302	439	687	843

**Figur V1.4:** Total bruk av takst 1bd. 2000-2003. (RTVs takstbruksundersøkelse)



**Tabell V1.14:** Utvikling i bruk av takst 1bd (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003. (Vedlegg til Figur 13)

Leger	Måned/år			
	2000	2001	2002	2003
Leger som ikke opplever listetaksavvik	103	119	124	63
Leger som opplever listetaksavvik	98	114	113	65
Alle leger	100	117	121	64
Andel leger som opplever listetaksavvik (%)	49 %	41 %	30 %	26 %
N	302	439	687	843

**Tabell V1.15:** Utvikling i bruk av takst 2ad (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003. (Vedlegg til Figur 14)

Leger	Måned/år			
	2000	2001	2002	2003
Leger som ikke opplever listetaksavvik	208	216	214	207
Leger som opplever listetaksavvik	214	235	231	229
Alle leger	211	224	219	213
Andel leger som opplever listetaksavvik (%)	49 %	41 %	30 %	26 %
N	302	439	687	843

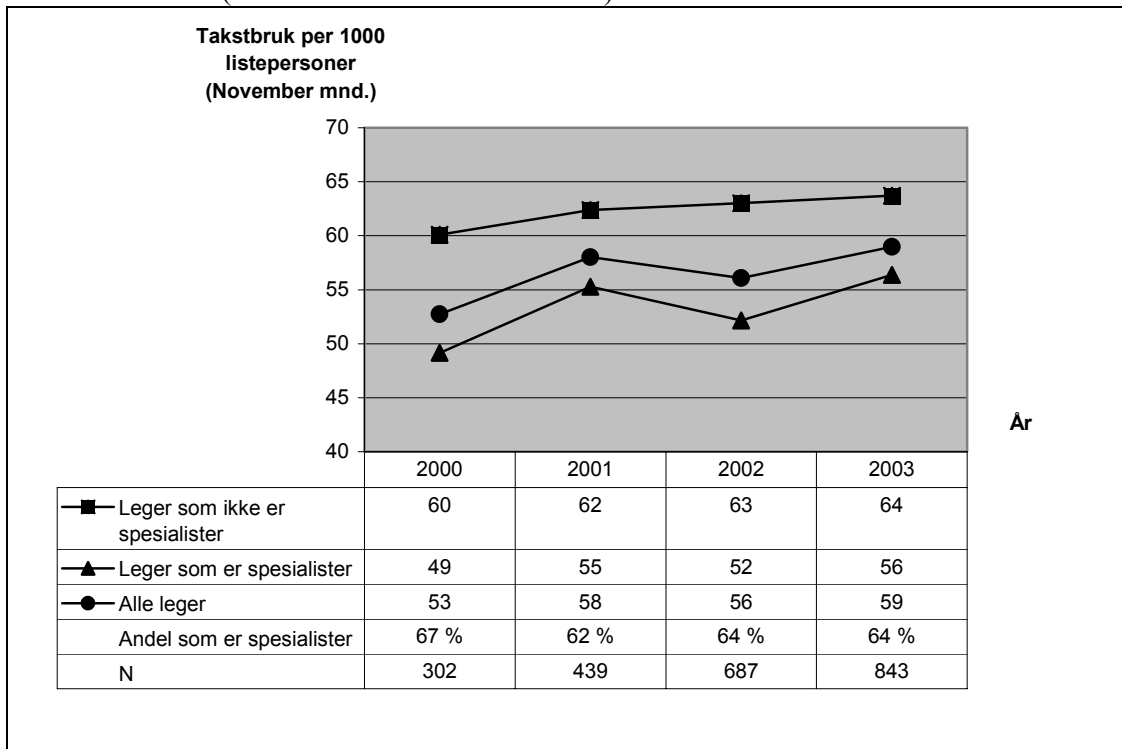
**Tabell V1.16:** Variasjon i bruk av takst 2ad. 2000-2003. (RTVs takstbruksundersøkelse)

Spredningsmål	2000	2001	2002	2003
Std. Avvik	85	75	76	75
Minimum	7	19	7	12
Maksimum	611	538	607	924
Variasjonskoef.	40 %	33 %	35 %	35 %

**Tabell V1.17:** Utvikling i total bruk av takst 2ad (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003. (Vedlegg til Figur 15)

Leger	Måned/år			
	2000	2001	2002	2003
Leger som ikke opplever listetaksavvik	302	315	299	293
Leger som opplever listetaksavvik	282	286	277	279
Alle leger	292	303	293	289
Andel leger som opplever listetaksavvik (%)	49 %	41 %	30 %	26 %
N	302	439	687	843

**Figur V1.5:** Utvikling i bruk av takst 2 cd avhengig av om legen er spesialist i allmenmedisin. (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003.





**Tabell V1.18:** Utvikling i bruk av takst 2cd (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003. (Vedlegg til Figur 16)

Leger	Måned/år			
	2000	2001	2002	2003
Leger som ikke opplever listetaksavvik	51	55	52	56
Leger som opplever listetaksavvik	54	62	66	68
Alle leger	53	58	56	59
Andel som opplever listetaksavvik	49 %	41 %	30 %	26 %
N	302	439	687	843

**Tabell V1.19:** Utvikling i samlet bruk av laboratorietakster (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003. (Vedlegg til Figur 17)

Leger	Måned/år			
	2000	2001	2002	2003
Leger som ikke opplever listetaksavvik	234	232	225	225
Leger som opplever listetaksavvik	225	224	226	224
Alle leger	230	229	225	225
Andel som opplever listetaksavvik	50 %	41 %	30 %	26 %
N	300	437	685	842

## Vedlegg 2:

### UTVIKLING I ANTALLET LEGEÅRSVERK I KOMMUNEHELSETJENESTEN I PERIODEN 1994 - 2003

I tabell V2.1 ser vi at det i perioden 1994-2002 har vært en økning i antallet legeårsverk i norske kommuner. I perioden fra 1994 til og med 1999 økte antallet årsverk med nærmere 10 %. I forbindelse med reformen (2000 til 2001) økte antallet årsverk med nærmere 8 %. Etter 2001 har antallet årsverk vært relativt stabil. I følge offisiell statistikk har altså legedekningen i Norge økt betydelig fra 1994 og frem mot innføringen av FLO i 2001.

**Tabell V2.1:** Årsverk av leger med ulike avtaleformer i kommunehelsetjenesten (institusjoner for eldre og hjemmetjenesten ikke inkludert). 1994-2003 (SSB)

Avtaleform	År									
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003*
Leger med driftsavtale	1 826	1 927	2 068	2 176	2 297	2 361	2 423	2 861	2 908	2 935
Leger med fast lønn	1 061	968	830	755	673	639	637	572	545	506
Turnuskandidater	187	200	195	193	214	220	263	326	337	336
Leger uten avtale	191	209	213	226	282	308	256	101	105	95
Leger i alt inkluderer turnusleger	3 264	3 303	3 305	3 351	3 466	3 527	3 579	3 861	3 894	3 871
Folkemengde hele landet (tall i 1000)	4 318	4 342	4 363	4 386	4 411	4 438	4 471	4 496	4 524	4 552
Leger per 10000 innbyggere	7,6	7,6	7,6	7,6	7,9	7,9	8,0	8,6	8,6	8,5

\*: Foreløpige tall 2003

### Vedlegg 3: Beregning av driftstilskudd under systemet med driftsavtale

Driftstilskuddet beregnes i tre trinn.

#### Trinn 1:

I perioden 1997/1998 til 2000/2001 var størrelsen på de ulike driftstilskuddsklassene følgende:

Driftstilskudds klasse	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000/2001
Klasse 1	209 700 kroner	218 700 kroner	226 800 kroner	236 300 kroner
Klasse 2	294 700 kroner	307 400 kroner	318 800 kroner	332 200 kroner
Klasse 3	382 100 kroner	398 500 kroner	413 200 kroner	430 600 kroner

Fordi beløpene endres midt i året må vi beregne den gjennomsnittlige tilskuddsklasse per år.

Eks. Beregning i 1998:

Gjennomsnitt klasse 1:  $Gjsn^1_{98} = 0,5 * (209.700 + 218.700) = 214.200$

Gjennomsnitt klasse 2:  $Gjsn^2_{98} = 0,5 * (294.700 + 307.400) = 301.050$

Gjennomsnitt klasse 3:  $Gjsn^3_{98} = 0,5 * (382.100 + 398.500) = 390.300$

Tilsvarende for 1999 og 2000. For 2001 beregnes dette for de fem første månedene i året (januar til mai).

#### Trinn 2:

Vi beregner så andel som mottar de ulike tilskuddsklasser i hver kommune

Eks. Definisjoner i 1998:

Andel leger i kommunen som mottar driftstilskudd klasse 1:  $d1_{98}$

Andel leger i kommunen som mottar driftstilskudd klasse 2 :  $d2_{98}$

Andel leger i kommunen som mottar driftstilskudd klasse 3 :  $d3_{98}$

I 10 kommuner manglet opplysninger fra to av årene, i 20 kommuner manglet opplysninger fra et av årene, mens 121 kommuner manglet opplysninger om driftstilskudd for alle årene.

Utviklingen i andel leger som mottar de ulike driftstilskuddsklassene viser at det for de aller fleste kommunene i perioden 1998 - 2000 var små endringer. Dersom en kommune mangler opplysninger fra et av årene vil det derfor bli små feil om det i stedet benyttes opplysninger fra et av årene som opplysninger foreligger. Vi beregner driftstilskuddene for de 121 kommunene som mangler opplysninger med utgangspunkt i fylkesgjennomsnittet. Vi bruker et vektet gjennomsnitt ved at kommunen tillegges en vekt lik den andel årsverkene i kommunen utgjør av det totale antall årsverk i fylket. Vi får dermed tatt hensyn til at antall årsverk varierer mellom kommuner.

### **Trinn 3:**

Vi beregner så det kommunale basistilskuddet per kommune

Eks. Beregning i 1998:

$$d1_{98} * Gjsn^1_{98} + d2_{98} * Gjsn^2_{98} + d3_{98} * Gjsn^3_{98}$$

Tilsvarende beregnes de andre årene.

I beregningene inkluderer vi privatpraktiserende leger som i alle årene 1998-2003 hadde positivt beløp på refusjon, frikort og basistilskudd. Leger som fikk utbetalt fast lønn er ikke inkludert. Alle leger i forsøkskommunene er også tatt ut av beregningene. Dette gir oss et nettoutvalg på 1914 leger (balansert panel). Fordi det mangler data om egenandeler for halvparten av legene har vi ikke inkludert egenandeler i beregningene.

Det er viktig å merke seg at dersom mange leger jobbet deltid i perioden, vil gjennomsnittlig årsinntekt bli for høy i våre beregninger. Samtidig blir det heller ikke helt riktig å tolke tallene som gjennomsnittlig inntekt for leger i fulltidsstillinger fordi leger i deltidstillinger har fått utbetalt mindre penger fra trygden enn de ville fått ved fulltidsstilling. Gjennomsnittlig driftsinntekt for leger i fulltidsstilling vil derfor kunne være høyere enn våre beregninger.

#### **Vedlegg 4: Utjamningstilskudd til fastleger i kommuner med færre enn 5000 innbyggere.**

I følge forskrift og avtaleverk gjelder spesielle regler for utbetaling av per capita tilskudd i kommuner med færre enn 5000 innbyggere.

Utdrag fra fastlegeforskriften, § 10 (Økonomisk vederlag til næringsdrivende fastlege):

*”Kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal gi et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn en avtalt referanseliste. Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom per-capita tilskuddet for fastsatte referanseliste og per-capita tilskudd for gjennomsnittlig listelengde i kommunen.”*

Referanselisten er spesifisert i punkt 2.2 i avtale mellom staten ved Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Kommunenes Sentralforbund og NAVO/de regionale helseforetakene og Den norske lægeforening (Statsavtalen):

*”I kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere skal det i tillegg til basistilskudd etter punkt 2.1, gis et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1 200 personer. Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom basistilskudd for referanselisten på 1 200 personer og gjennomsnittlig listelengde for antall opprettede fastlegestillinger eller hjemler i kommunen. Utjamningstilskuddet er likt for alle fastlegene i kommunen uavhengig av den enkeltes listelengde.”*

## Vedlegg 5:

### Takstbruk per listeperson per år.

Utviklingen i fastlegenes takstbruk kan også uttrykkes ved antall utløste takster per listeperson per år. Ved disse utregningen har vi forutsatt at takstbruken i november måned er representativ for takstbruken resten av året.

**Tabell V5.1:** Utvikling i bruk av takst 1ad per listeperson per år (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003. (Vedlegg til Figur 12)

	Måned/år			
Leger	2000	2001	2002	2003
Leger som ikke opplever listetaksavvik	0.56	0.48	0.41	0.31
Leger som opplever listetaksavvik	0.44	0.37	0.34	0.29
Alle leger	0.50	0.43	0.38	0.30
Andel leger som opplever listetaksavvik (%)	49 %	41 %	30 %	26 %
N	302	439	687	843

**Tabell V5.2:** Utvikling i bruk av takst 1bd per listeperson per år (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003. (Vedlegg til Figur 13)

	Måned/år			
Leger	2000	2001	2002	2003
Leger som ikke opplever listetaksavvik	1.24	1.43	1.49	0.76
Leger som opplever listetaksavvik	1.18	1.37	1.36	0.78
Alle leger	1.20	1.40	1.45	0.77
Andel leger som opplever listetaksavvik (%)	49 %	41 %	30 %	26 %
N	302	439	687	843

**Tabell V5.3:** Utvikling i bruk av takst 2ad per listeperson per år (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003. (Vedlegg til Figur 14)

Leger	Måned/år			
	2000	2001	2002	2003
Leger som ikke opplever listetaksavvik	2.50	2.59	2.57	2.48
Leger som opplever listetaksavvik	2.57	2.82	2.77	2.75
Alle leger	2.53	2.69	2.63	2.56
Andel leger som opplever listetaksavvik (%)	49 %	41 %	30 %	26 %
N	302	439	687	843

**Tabell V5.4:** Utvikling i bruk av takst 2cd per listeperson per år (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003. (Vedlegg til Figur 16)

Leger	Måned/år			
	2000	2001	2002	2003
Leger som ikke opplever listetaksavvik	0.61	0.66	0.62	0.67
Leger som opplever listetaksavvik	0.65	0.74	0.79	0.82
Alle leger	0.64	0.70	0.67	0.71
Andel som opplever listetaksavvik	49 %	41 %	30 %	26 %
N	302	439	687	843

**Tabell V5.5:** Utvikling i samlet bruk av laboratorietakster per listeperson per år (RTVs takstbruksundersøkelse). 2000-2003. (Vedlegg til Figur 17)

Leger	Måned/år			
	2000	2001	2002	2003
Leger som ikke opplever listetaksavvik	2.81	2.78	2.70	2.70
Leger som opplever listetaksavvik	2.70	2.69	2.71	2.69
Alle leger	2.76	2.75	2.70	2.70
Andel som opplever listetaksavvik	50 %	41 %	30 %	26 %
N	300	437	685	842